الجمهوريـة الجزائريـة الديمقراطيـة الشعبيـة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمـة



الكلية: الحقوق والعلوم السياسية

القسم: العلوم السياسية

مخبر التوطين: الدراسات القانونية البيئية

أطروحة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطور الثالث

الميدان: حقوق وعلوم سياسية الشعبة: علوم سياسية

الاختصاص: سياسة عامة

من إعداد:

توفيق بوراس

بعنوان

إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: حدود الاستجابة ومتطلبات التفعيل دراسة لحالات: الحصبة 2017، الكوليرا 2018، كوفيد-19.

بتاريخ: 20 مارس 2023 أمام لجنة المناقشة المكونة من:

الاسم واللقب	الرتبة		
السيد: إسماعيل بوقنور	أستاذ التعليم العالي	بجامعة 8 ماي 1945 قالمة	رئيسا
السيدة: أسيـــة بلــخير	أستاذ التعليم العالي	بجامعة 8 ماي 1945 قالمة	مشرفا ومقررا
السيد: أميــن بلعيفــة	أستاذ التعليم العالي	بجامعة أكلي محند أولحاج البويرة	ممتحنا
السيد: يوســـف زدام	أستاذ التعليم العالي	بجامعة الحاج لخضر باتنة 1	ممتحنا
السيدة: سميرة شرايطية	أستاذ محاضر –أ–	بجامعة 8 ماي 1945 قالمة	ممتحنا

السنة الجامعية: 2023/2022

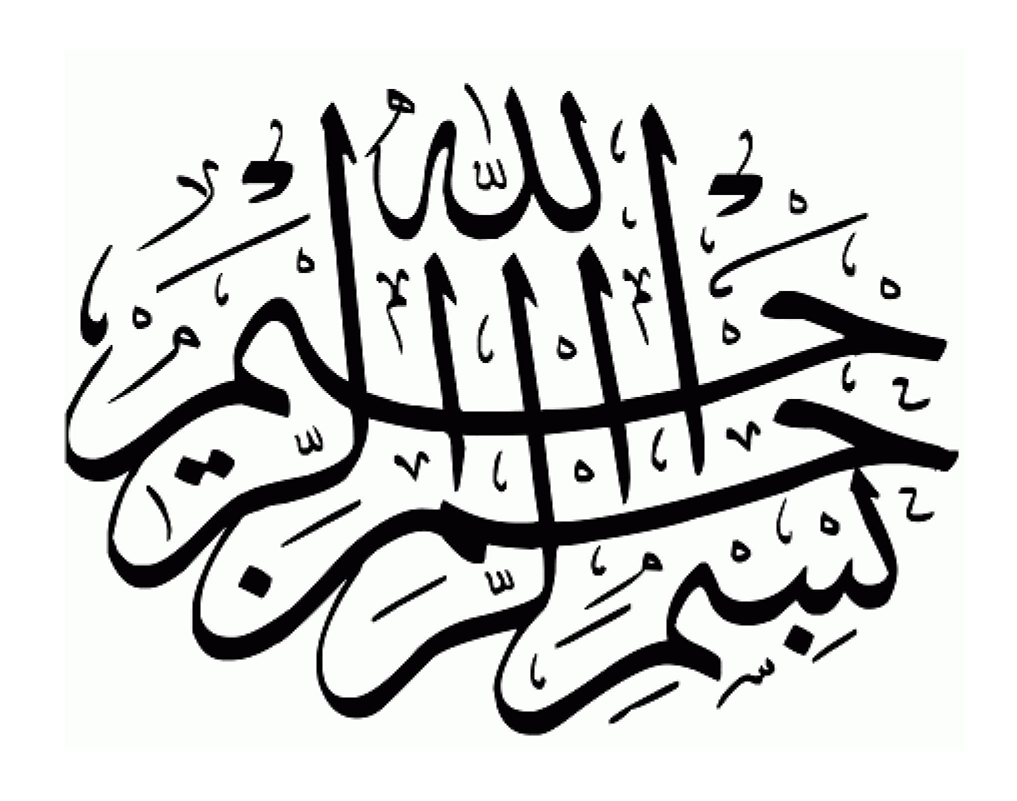
نوقشت هذه الأطروحة يوم الإثنين 20 مارس 2023 بقاعة المحاضرات بالمكتبة، المجمع القديم، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، بحضور جميع أعضاء لجنة المناقشة، وقد أجيزت هذه الأطروحة بتقدير مشرف جدا.

جميع الحقوق محفوظة

Tous droits réservés © All rights reserved

الاتصال بالباحث:

البريد الإلكتروني: toufikpou@gmail.com الفايسبوك: بوراس توفيق


بسم الله الرحمن الرحيم



الحمدلله على توفيقه...الحمدلله على نعمه

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير للأستاذة المشرفة د."**أسية بلخير**" على المجهودات والنصائح القيمة التي أثرت وأنارت هذه الدراسة طيلة فترة إنجازها.

والشكر والتقدير موصول لكل أعضاء لجنة المناقشة.

كما نتوجه بالشكر الجزيل لكل من: أ.د "**نورالدين حاروش**"، د. "**وليد عبد الحي**"، د. "**تبيل كحلوش**"، الباحث "**أسامة بوريو**"، الباحث "**حسان أولاد ضياف**"، د. "**ريم غريب**"، الباحثة "**أمال نصيبي**"، الأستاذ "**كريم كعرار**"، الأستاذ "**إسلام**"، على مساعدتهم في إنجاز هذه الدراسة.

أيضا أتوجه بكامل الشكر لكل أساتذتي الأفاضل بجامعتي 8 ماي 1945 قالمة وجامعة باجي مختار عنابة، وأخص بالتذكير أد. "**عبد السلام فيلالي**" مشرفي على مذكرتي الليسانس والماستر.



إلى من أحببت كل حياتي إلى من أنارت دربي إلى أغلى الناس التي رحلت فجأة في سنة الحصول على شهادة البكالوريا **أمي** ثم **أمي** ثم **أمي** التي لم أنساها ولن أنساها رحمها الله وأسكنها فسيح جناته.

إلى أبي سندي في الحياة أنت من أمسكت بيدي على دروبها حفظك الله ورعاك.

إلى جميع إخوتي وأبنائهم.

إلى أصدقائي: **مهدي**، **علي**، **محمد**، **عبد الرزاق**، الشيخ **مراد** و**وليد**، **عبد النور**، **كريم**، **خير الدين**، **إلياس**، **إسحاق**، **حسن**، **أسامة**، **سليم**، **حسان**، **زين الدين**، **فاتح**، **بلعيد**.

إلى شهداء وباء كورونا.. إلى أستاذي شهيد الوباء أ.د "**عبد النور ناجي**" رحمه الله.

قائمة المختصرات

الاختصار	المعنى	
الج.ج.د.ش	*الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية*	/
كوفيد-19	*مرض فيروس كورونا 2019*	/
CHU	*Centre Hospitalo-Universitaire*	المراكز الاستشفائية الجامعية
COVID-19	*CORONA VIRUSES DISEASE19*	مرض فيروس كورونا 2019
DSP	*Direction de la Santé et de la Population*	مديرية الصحة والسكان
DSPSW	*Direction de Santé et de Protection Sociale de Wilaya*	مديرية الصحة والحماية الاجتماعية بالولاية
DGPPS	*Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé*	المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة
EH	*Etablissement Hospitalier*	المؤسسات الاستشفائية
EHS	*Etablissement Hospitalier Spécialisé*	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة
EPH	*Etablissement Public Hospitalier*	المؤسسة العمومية الاستشفائية
EPSP	*Etablissement Publique de Santé de Proximité*	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
INSP	*Institut National de Santé Publique*	المعهد الوطني للصحة العامة
IPA	*Institut Pasteur d’Algérie*	معهد باستور
VIH	*le Virus de L'immunodéficience Humaine*	فيروس نقص المناعة البشرية
MDO	*Maladies à Déclaration Obligatoire*	الأمراض الواجب الإبلاغ عنها
MSPRH	*Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière*	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
ORSEC	*Organisation de la Réponse de Sécurité Civile*	مخطط تنظيم النجدة
DSS	*Responsable Secteur Santé*	مدير القطاع الصحي
WHO	*World Health Organization*	منظمة الصحة العالمية

الملخــص:

تختلف "الأزمات الصحية" في شدتها وتداعياتها وآثارها على الفرد والمجتمع، وقد أصبحت خلال السنوات الأخيرة متقاربة زمنيا وأكثر شدة وحجما خصوصا مع انتشار جائحة "كوفيد-19" التي كانت لها تداعيات صحية، اقتصادية، سياسية، اجتماعية ونفسية. ولهذا تهدف هذه الدراسة الوقوف على أهمية وأدوار ومضامين "إدارة الأزمات الصحية"، باعتبارها مقاربة شاملة لمنع والتنبؤ "بالأزمات الصحية"، والاستجابة الفعالة عند حدوثها وتسطيح منحنى "الأزمة الصحية" إلى أقصى حد، بالإسقاط على الحالة الجزائرية التي شهدت خلال السنوات القلية الماضية عدة "أزمات صحية".

بعد المراجعة المعرفية والمفهومية "لإدارة الأزمات الصحية" في الفصل الأول، واستكشاف الإطار التنظيمي والمؤسساتي في مواجهة الأخطار والكوارث في الجزائر ومكانة "إدارة الأزمات الصحية" ضمن هذا الإطار في الفصل الثاني، تختبر هذه الدراسة في الفصل الثالث حدود استجابة السلطات الجزائرية لثلاث أزمات صحية ومدى توفر وتطبيق "نظام لإدارة الأزمات الصحية"، هي: "الحصبة" 2017، "الكوليرا" 2018، ""كوفيد-19".

تظهر نتائج الدراسة أن الاستجابة "للأزمات الصحية" الثلاث محور الدراسة تغيب عنها الفعالية لغياب نظام وطني لإدارة الأزمات الصحية، وفي عالم يعيش على وقع "أزمات صحية" ذات طابع وبائي متقاربة زمنيا عابرة للحدود خصوصا منذ بداية الألفية، يقترح الباحث مقاربة "لإدارة الأزمات الصحية" في الجزائر مستقبلا تعتمد على التوجه نحو إنشاء مركز إدارة وتحليل البيانات ورقمنته تابع لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، كما نقترح أيضا التوجه نحو إنشاء مركز وطني لإدارة الأزمات الكوارث يتضمن قسما "لإدارة الأزمات الصحية"، إلا أن هذا المركزين يواجهان تحديات تتعلق بالتحول الرقمي والصحة الرقمية وجودة الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: **الأزمة الصحية، إدارة الأزمات الصحية، الجزائر، الحصبة، الكوليرا، جائحة كوفيد-19.**

Abstract:

The “health crises” differ in their severity, repercussions and effects on the individual and society, and have become more and more severe in recent years, especially with the spread of the covid-19 pandemic, which has had health, economic, political, social and psychological repercussions. Therefore, this study aims to identify the importance, roles and contents of “health crisis management”, as a comprehensive approach to predicting “health crises”, responding effectively when they occur and flattening their curves to the maximum extent, by projecting on the Algerian situation, which has witnessed several “health crises” over the past few years.

After highlighting the epistimic and conceptual approaches to “health crisis management” in the first chapter, and exploring the organizational and institutional framework in the face of hazards and disasters in Algeria and the place of “health crisis management” within this framework in the second chapter, this study in the third chapter tests the limits of the response of the Algerian authorities to three health crises and the availability and application of a “health crisis management system”, namely “Measles 2017”, “Cholera 2018”, “COVID-19”.

The results of the study show that the response to the three “health crises”, the focus of the study, is ineffective due to the absence of a national system for managing health crises., and in a world living in the wake of “health crises” of an epidemiological nature that are close in time and cross borders, especially since the beginning of the millennium, the researcher proposes an approach to “health crisis management” in Algeria in the future based on the direction towards the establishment of a data management and Analysis Center and its digitization affiliated to the Ministry of Health, we also propose the direction towards the establishment of a national disaster crisis management center that includes a “health crisis management” section, but these two centers face challenges related to and the quality of Health Services.

Keywords: health crises, health crises management, Algeria, measles, cholera-COVID-19.

خطة الدراسة

مقدمـــة

الفصل الأول: مقاربة معرفية لإدارة الأزمات الصحية

المبحث الأول: الأزمة الصحية: دراسة مفهومية

المطلب الأول: مفهوم الأزمة

المطلب الثاني: الأزمة الصحية: الخصوصيات والسمات العامة

المبحث الثاني: إدارة الأزمات الصحية: المفهوم والمضامين

المطلب الأول: مفهوم إدارة الأزمات

المطلب الثاني: إدارة الأزمات الصحية: المضمون، المراحل ونظام الإدارة

الفصل الثاني: إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: الإطار المؤسساتي والتنظيمي

المبحث الأول: إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: المؤسسات والهيئات

المطلب الأول: مؤسسات النظام الصحي

المطلب الثاني: السلطات العمومية

المطلب الثالث: المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى

المطلب الرابع: الوكالة الوطنية للأمن الصحي

المبحث الثاني: إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: الأطر التنظيمية والمخططات التوجيهية

المطلب الأول: الإطار التشريعي/القانوني: تحليل وفحص للمضمون

المطلب الثاني: مخطط نظام الترصد الوطني للأمراض

المطلب الثالث: المخطط الوطني للوقاية والتأهب والاستجابة

المطلب الرابع: مخططات تنظيم النجدة

الفصل الثالث: دراسة لنماذج أزمات صحية في الجزائر: حدود الاستجابة والفعالية

المبحث الأول: أزمة الحصبة 2017

المطلب الأول: الحصبة: الأنواع والعلاج

المطلب الثاني: دراسة لأزمة الحصبة

المبحث الثاني: أزمة الكوليرا 2018

المطلب الأول: بحث في ماهية الكوليرا

المطلب الثاني: دراسة لأزمة الكوليرا

المبحث الثالث: كوفيد-19... الجائحة العالمية 2019

المطلب الأول: كوفيد-19: من وباء إلى جائحة عالمية

المطلب الثاني: دراسة لجائحة كوفيد-19 في الجزائر

الفصـل الرابع: متطلبات التحول نحو نظام وطني لإدارة الأزمات الصحية في الجزائر

المبحث الأول: تحديات التحول نحو نظام لإدارة الأزمات الصحية

المطلب الأول: تحدي التحول نحو الصحة الرقمية

المطلب الثاني: تحدي التحول نحو إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات النظام الصحي

المطلب الثالث: تحدي التحول نحو الحوكمة الصحية في مؤسسات النظام الصحي

المبحث الثاني: نحو نموذج نظام لإدارة الأزمات الصحية

المطلب الأول: نحو إنشاء هياكل جديدة لإدارة الأزمات الصحية

المطلب الثاني: حوكمة عمليات نظام إدارة الأزمات الصحية

خاتمــة

مقدمة

أولا: تقديم

إن الصحة محل اهتمام شديد لدى الشعوب وصناع القرار في جميع الدول المتقدمة والمتخلفة على حد سواء، فالصحة أحد روافد التنمية الشاملة بعد أن كان يُنظر إليها كقطاع استهلاكي، فلا يمكن الحديث عن تنمية حقيقية بمعزل عن صحة مستدامة، وتم ربطها بالمفاهيم التنموية الجديدة، بهدف ترشيد السياسات الصحية.

إذ تستهدف السياسات الصحية في أي مجتمع الحفاظ على حياة الأفراد والرفع من جودة الخدمات الصحية سواء في الحالات العادية أو الاستثنائية كحالات الكوارث الطبيعية أو انتشار الأوبئة أو "الأزمات الصحية" عموما، فقد كانت ولازالت هذه الأخيرة مرافقا للإنسان على مدار التاريخ، خصوصا "الأزمات الصحية" المتعلقة بالأوبئة الممتدة التي تأبى الزوال.

وخلال السنوات الأخيرة أصبحت "الأزمات الصحية" متقاربة زمنيا، فمنذ بداية الألفية شهد العالم عديد "الأزمات الصحية" نتيجة تفشي وانتشار العديد من الأوبئة محليا وإقليميا ودوليا، كان آخرها جائحة فيروس "كوفيد-19" الأخطر على الإطلاق منذ عشرات السنين، فقد أدخل العالم في حالة استثنائية بسبب الخطر الذي شكله على الحياة الإنسانية.

قد فرضت "الأزمات الصحية" التوجه نحو الاستعانة بعلم "إدارة الأزمات" لمواجهة "الأزمات الصحية"، بعد أن أثبت هذا العلم الحديث نوعا ما فعاليته في إدارة الأزمات الإدارية، الاقتصادية، السياسية...الخ، فأصبح استخدام "إدارة الأزمات الصحية" شائعا خلال السنوات الأخيرة، سواء على مستوى الأكاديميين أو الحكومات أو المنظمات الدولية أو وسائل الإعلام.

أما الجزائر لم تكن بمنأى عن مختلف "الأزمات الصحية" عبر التاريخ وإلى الآن، خصوصا المتعلقة بالأوبئة والجوائح التي تتميز بخاصية عبور الحدود وسرعة التفشي والانتشار، فمع نهاية سنة 2017 ومنتصف سنة 2018 شهدت البلاد تفشي "الحصبة" و"الكوليرا" ببعض مناطق البلاد، إذ لم تشهد البلاد تفشي للوبائيين منذ ثمانينات وتسعينيات القرن 20، خلف هذا التفشي مصابين ووفيات، استدعى هذا التفشي استجابة السلطات المركزية والمحلية.

وعلى غرار دول العالم رسمت الجزائر طريقها للتصدي لجائحة "كوفيد-19"، عبر استراتيجية للاستجابة لانتشار الفيروس بالبلاد، تهدف لاحتواء أو القضاء على الفيروس، ثم التحول نحو

التعايش مع الفيروس وتقليل الإصابات والوفيات قدر المستطاع لحين إيجاد لقاح لهذا الفيروس، وقد امتدت مُجمل مضامين الاستراتيجية الجزائرية لمواجهة الفيروس لقرابة سنتين قبل أن ترفع نهائيا.

ثانيا: أهمية الدراسة

تنبع أهمية هذه الدراسة على نحو يقترن بالأطر العلمية والعملية للموضوع المناقش، ويمكن الاستدلال على أهمية الموضوع من خلال:

- فحص الإطار النظري والمفاهيمي "لإدارة الأزمات" بما يسمح بمحاولة بناء إطار عام ودقيق لنظام "إدارة الأزمات الصحية"؛
- فحص شامل للإطار التنظيمي والمؤسساتي الخاص بمواجهة الأخطار والكوارث في الجزائر، مع تحديد حدود مكانة "إدارة الأزمات الصحية" ضمن هذا الإطار؛
- تحديد مواطن الضعف والخلل في الاستجابة "للأزمات الصحية" الثلاث (الحصبة، الكوليرا، كوفيد-19) موضع الدراسة، وقد كانت أزمة جائحة "كوفيد-19" اختبارا حقيقيا صعبا في الاستجابة لهذه الجائحة له ما بعده؛
- الجدل الكبير الذي أثارته جائحة "كوفيد-19" في العالم حول منشأ الفيروس، وجدلية نجاعة اللقاحات والحجر الصحي وكل الإجراءات والقرارات والتدابير المتخذة في مواجهة الفيروس؛
- تساهم الدراسة في اقتراح نظام "لإدارة الأزمات الصحية" في الجزائر، بما يضمن استجابة فعالة مستقبلا ضد أي "أزمات صحية" محتملة.

ثالثا: مبررات اختيار الموضوع

يتصل اختيار موضوع "إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: حدود الاستجابة ومتطلبات التفعيل" بتوافر مجموعة من الأسباب الذاتية والموضوعية، وتتمثل هذه الأسباب في مايلي:

أ. الأسباب الذاتية

اهتمام الباحث بحقل "إدارة الأزمات" و"إدارة الأزمات السياسية" عموما في عالم يشهد أزمات مختلفة ومتتابعة في بعض الأحيان، وكان الطور الثالث فرصة للباحث للبحث ودراسة "الأزمة الصحية" وكيفية إدارتها، فقد تزامن نجاح الباحث في الطور الثالث سنة 2018 مع تفشي "الحصبة" و"الكوليرا"

في الجزائر، كما تأكد هذا التوجه في سنة 2019 أين فوجئ العالم بجائحة "كوفيد-19"، فقد أصبحت الجائحة الحالة الثالثة في الفصل المتعلق بدراسة نماذج أزمات صحية.

ب. الأسباب الموضوعية

تتسق الأسباب الموضوعية مع حقيقة بأن العالم أصبح يعيش على وقع أوبئة ممتدة متقاربة زمنيا منذ بداية الألفية، تختلف في حجم الآثار والتداعيات على الدول والأفراد صحيا وسياسيا واقتصاديا واجتماعيا ونفسيا، وما جائحة "كوفيد-19" إلا أحد "الأزمات الصحية" في إطار هذا المسار الممتد ولن تكون هذه الجائحة الأخيرة، فالأوبئة والجوائح كانت وستبقى مرافقا للإنسان، وما يمكن القيام به هو الاستعداد "لإدارة الأزمات الصحية" وفقا لأطر علمية، وتكثيف الدراسات العلمية في هذا الشأن خاصة وأن علم "إدارة الأزمات" حديث، بينما علم "إدارة الأزمات الصحية" أحدث، وهو ما ينطبق على الجزائر بشكل خاص فالتوجه نحو مراجعة شاملة لمواجهة "الأزمات الصحية" ضرورة ملحة بعد "الأزمات الصحية" التي عصفت بها في السنوات الأخيرة، قبل أن تفاجأ "بأزمة صحية" أخرى في المستقبل.

رابعا: أهداف الدراسة

هذه الدراسة من طبيعة استكشافية، وتستهدف التالي:

- توضيح الإطار المعرفي للموضوع؛
- إنجاز قاعدة مرجعية يُستعان بها في دراسة "إدارة الأزمات الصحية"؛
- الكشف عن حدود الاستجابة "للأزمات الصحية" في الجزائر؛
- تحديد مواطن الخلل في الاستجابة "للأزمات الصحية" في الجزائر، واقتراح آليات التقويم.

خامسا: مجال الدراسة

تتمثل مجالات الدراسة في:

أ. المجال المعرفي

من الناحية المعرفية، ترتبط الدراسة بموضوع "إدارة الأزمات"/"إدارة الأزمات الصحية"، فأما الأول فقد أصبح حقلا معرفيا عابرا للتخصصات، وأما الثاني الذي هو محور الدراسة فهو في

طور التشكل ليصبح حقلا معرفيا هو الآخر، فهذه الدراسة تحاول تقديم إضافة في مجال "إدارة الأزمات الصحية".

ب. المجال المكاني

مثلما يشير عنوان الدراسة، فالمجال المكاني يتعلق بدراسة "إدارة الأزمات الصحية" بالجزائر، فإذا كانت أزمتي "الحصبة" و"الكوليرا" قد مست مناطق جغرافية معينة من البلاد، فجائحة "كوفيد-19" مست كل الحيز الجغرافي للجزائر.

ج. المجال الزماني

في إطار العمل على هذه الدراسة، سيتم دراسة ثلاث "أزمات صحية" هي: "الحصبة"، "الكوليرا"، ""كوفيد-19"، خلال الفترة: 2017-2022.

سادسا: إشكالية الدراسة

الاستجابة "للأزمات الصحية" ليست عملية آنية، بل هي عملية مؤسسة استباقية تعتمد على مجموعة من المراحل والعمليات الدقيقة بهدف التنبؤ "بالأزمات الصحية" أو الرفع من جهوزية الاستجابة لإدارتها على أكمل وجه في حال حدوثها، والحد من آثارها وتداعياتها المختلفة على السكان والدولة ككل.

والجزائر ليست بمنأى عن "الأزمات الصحية" المختلفة ومهما تعددت أسبابها، فهي ظاهرة مميزة منذ القدم، لكن يمكن تجنب بعضها نهائيا، وقد تعرضت الجزائر خلال الفترة 2017-2020 لثلاث أزمات صحية، كان أبرزها فيروس "كوفيد-19"، وعليه تستهدف هذه الدراسة البحث عن إجابة للتساؤل المركزي الآتي:

هل استجابة الجزائر للأزمات الصحية محل الدراسة خلال الفترة 2017-2022 يعتمد على نظام لإدارة الأزمات الصحية فعال؟.

وفي ضوء هذه الإشكالية سيتم التعامل مع الأسئلة الفرعية الآتية:

- ماهي مضامين "إدارة الأزمات" و"إدارة الأزمات الصحية"؟، وكيف يعمل "نظام إدارة الأزمات الصحية"؟؛

- فيما يتمثل دور الإطار التنظيمي والمؤسساتي لمواجهة الأخطار والكوارث في الاستجابة "للأزمات الصحية" في الجزائر؟؛
- ماهي حدود استجابة السلطات المركزية والمحلية للأزمات الثلاث محل الدراسة؟؛
- كيف يمكن بناء وتفعيل نظام لإدارة الأزمات الصحية في الجزائر؟.

سابعا: **فرضيات الدراسة**

إن الاطلاع على حيثيات الموضوع، وانطلاقا من التساؤل المركزي الذي سبق طرحه، تهدف هذه الدراسة إلى اختبار الفرضيات التالية:

- كلما كان هناك تطبيق لنظام فعال في "إدارة الأزمات الصحية" كلما ساعد ذلك في تجنب "الأزمات الصحية" مستقبلا، والاستجابة والاستعداد الكامل لها في حال حدوثها؛
- يعتمد الإطار المؤسساتي والتنظيمي في "إدارته للأزمات الصحية" على نظام إدارة فعال؛
- إدارة واستجابة مختلف المؤسسات والسلطات المركزية والمحلية لأزمات الحصبة والكوليرا وكوفيد-19 كانت محدودة.

ثامنا: **مناهج ومقاربات الدراسة**

كما هو متعارف عليه، يمثل المنهج طريق الباحث الذي يؤدي لكشف الحقيقة أو الحقائق العلمية، بالاعتماد على جملة من القواعد العامة التي توجه العقل نحو حقيقة الظاهرة المدروسة، وعليه تم الاعتماد على المناهج التالية:

أ. **المنهج التاريخي**

"يهدف المنهج التاريخي إلى إعادة بناء الماضي بدراسة الأحداث الماضية، معتمدا في الأساس على الوثائق والأرشيف، يتضمن المنهج التاريخي كأي منهج، مسعى خاصا، ينبغي على الباحث في بادئ الأمر أن يقوم بجمع الوثائق المتنوعة ثم يقوم بتقييمها ونقدها"[1]، اعتمدنا في بعض ثنايا وزاويا هذه الدراسة على هذا المنهج من خلال تتبع نشأة وتطور بيانات ووثائق نماذج "إدارة الأزمات" وتحليلها، بداية من أول نموذج في الدراسة الذي يعود لسنة 1993 وصولا لآخر نموذج في سنة 2014،

[1] موريس أنجرس، *منهجية البحث في العلوم الإنسانية: تدريبات عملية*، تر. بوزيد صحراوي وآخرون، ط.02 (الجزائر: دار القصبة للنشر، 2006)، 105.

كما تمت الاستعانة بهذا المنهج في دراسة واستخلاص وتقييم ونقد الإطار العام والقانوني الذي يعنى بإدارة الأخطار والكوارث في الجزائر خلال الفترة 1985-2019، أيضا تتبعنا منشأ وتطور فيروسات كورونا منذ سنة 1923 مستخلصين كيف انتقل هذا الفيروس من كونه غير خطير وغير قاتل إلى تسبب سلالة جديدة من هذا الفيروس في جائحة "كوفيد-19"، وقد تم تقييم ونقد إدارة جائحة كوفيد-19 في الجزائر".

ب. منهج دراسة حالة

اعتمدته الدراسة على المستوى الكلي والجزئي، فعلى المستوى الكلي تطبق الدراسة هذا المنهج في دراسة مفهوم "إدارة الأزمات الصحية" عموما وذلك كأحد المفاهيم التي برزت حديثا في إطار عبور التخصصات "لإدارة الأزمات" عموما، أما على المستوى الجزئي فقد وظفنا منهج دراسة الحالة في دراسة واقع "إدارة الأزمات الصحية" في الجزائر عبر ثلاث حالات متقاربة زمنيا تتعلق بـ "الحصبة" 2017، "الكوليرا" 2018، "كوفيد-19" 2020.

ج. منهج تحليل المضمون

"أسلوب البحث الذي يهدف إلى تحليل المحتوى الظاهري أو المضمون الصريح للظاهرة المدروسة ووصفها وصفا موضوعيا ومنهجيا وكميا بالأرقام"[1]، اعتمد الباحث هذا المنهج في دراسة الظاهرة من خلال الرجوع إلى مجموعة من الوثائق والتقارير الرسمية التي تناولت طرق عمل مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، كما تم الاستعانة بهذا المنهج في دراسة الأزمات الصحية" الثلاث من خلال الاستعانة بمجموعة من البيانات الإحصائية وتحليلها.

د. المنهج الاحصائي:

يستخدم المنهج الاحصائي في جمع البيانات والمعلومات اللازمة لدراسة الظواهر، ثم تبويبها وتحليلها وتفسيرها[2]، يظهر استخدامه في الفصل الثالث والرابع، إذ تم جمع العديد من البيانات والاحصائيات وتبويبها في شكل جداول وأشكال، ثم تحليلها وتفسيرها.

---

[1] محمد سرحان علي المحمودي، *مناهج البحث العلمي*، ط.03 (صنعاء: دار الكتب، 2015)، 60.

[2] محمد شلبي، *المنهجية في التحليل السياسي: المفاهيم، المناهج، الاقترابات، والأدوات* (مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع، 1997)، 91-94.

هـ. الاقتراب المؤسساتي

"يعتمد اقتراب المؤسسة الشرح والتفصيل الوصفي للمؤسسة"[1]، كما يهتم هذا المقترب بدراسة تكوين أبنية المؤسسات وعلاقتها بغيرها من المؤسسات....، استعان به الباحث باعتبار عمليات "إدارة الأزمات الصحية" هي مخرجات تشرف عليها مؤسسة "إدارة الأزمات" وتتقاطع هذه المخرجات مع مؤسسات الدولة المركزية والمحلية، فقد رصدنا تكوين بنى مجموعة من المؤسسات وحدود علاقتها "بإدارة الأزمات الصحية".

تاسعا: أدبيات الدراسة

لكل دراسة علمية إسهامات سابقة لمجموعة من الباحثين، لكن يعتبر موضوع "إدارة الأزمات الصحية" من المواضيع الحديثة، إذ أصبح يحظى باهتمام أكبر على ضوء تداعيات جائحة "كوفيد–19"، وقد وقف الباحث على كثير من الدراسات المتعلقة عموما بـ "إدارة الأزمات في المستشفيات"، ومعظم هذه الدراسات تعتمد في بناء الإطار النظري على "إدارة الأزمات في المنظمات الإدارية"، ومن الدراسات القليلة التي كان لها علاقة مباشرة بموضوع الدراسة هي:

- كتاب "محمد حافظ خطاب" بعنوان: "**إدارة أزمات الصحة العامة: بين المفهوم والتطبيق الصيني**"، والذي نشر في سنة 2013 من قبل دار الأيام الأردنية، تناول فيه الباحث عبر خمسة أبواب وستة عشرة فصلا مفهوم "أزمات الصحة العامة" مع تحليلها، بينما خصص الأبواب المتبقية لتجربة الصين في "إدارة الأزمات الصحية"" محددا آليات استجابة "نظام إدارة الأزمات الصحية" الصيني، وقد توصل الباحث لفاعلية "نظام إدارة الأزمات الصحية" في الاستجابة داعيا للاستفادة من التجربة عربيا.

- Efstathiou Panos and others, “Crisis Management in the Health Sector: Qualities and characteristics of health crisis managers”, International Journal of Caring Sciences 02, no.03, (2009).

مقال بعنوان: "**إدارة الأزمات في قطاع الصحة: صفات وخصائص مديري الأزمات الصحية**"، هذا المقال ذو فائدة وإضافة علمية كبيرة، فقد ركز محرري المقال على دور مدير "الأزمة الصحية" قبل

[1] شلبي، المنهجية في التحليل السياسي، 119.

وأثناء حدوثها، إذ مثلث هذه الدراسة إطارا شاملا لمختلف مهام وأدوار المدير، وهو ما ساعدنا في ضبط مفهوم "إدارة الأزمات الصحية".

- WHO, Regional Office for Europe, *Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management*, (2012), file:///C:/Users/pc/Downloads/Full%20Report2.pdf.

تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية سنة 2012 وضع هيكلة لإدارة الأزمات الصحية تتكون من ست عناصر، هي: القيادة والحوكمة، القوى العاملة الصحية، المنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيا، المعلومات الصحية، التمويل، تقديم الخدمات.

- Timothy Coombs, ‘‘Crisis Management and Communications’’, Institute for Public Relations, accessed in 02 September, 2020, https://bit.ly/2AWrSRk.

مقال إلكتروني بعنوان: "**إدارة الأزمات والاتصالات**" للمختص في إدارة الأزمات "ثيموتي كومبس" Timothy Coombs، نشره في سنة 2014 ثم أعاد تنقيحه في سنة 2020، يتناول "إدارة الأزمات" في المنظمات، ويركز في هذا المقال على مراحل "إدارة الأزمات"، فقد صنفها لمرحلة ما قبل "الأزمة"، مرحلة الاستجابة "للأزمة"، مرحلة ما بعد "الأزمة"، وقد اعتمدنا هذه المراحل في بناء "نظام لإدارة الأزمات الصحية".

الملاحظ في هذه الأدبيات تركيزها على جزئيات معينة، كما تختلف فيما بينها في الإطار النظري والمفهومي لإدارة الأزمات عموما والصحية خصوصا، ومن هنا يتجلى الاختلاف بين هذه الأدبيات وهذه الدراسة، التي تقدم إطار نظري ومفهومي مستفيض للموضوع، مع اقترح عناصر وجزئيات جديدة لم يُتطرق لها، وهذا بالإسقاط على التجربة الجزائرية.

عاشرا: **تفصيل الدراسة**

ارتأينا أن نتعامل مع الموضوع من منطلق تقسيم الدراسة لأربعة فصول، مع الاستعانة أيضا بالفروع بعد المباحث والمطالب لتشعب هذه الدراسة، وقد جاءت موزعة كالآتي:

ركز **الفصل الأول** على تناول "إدارة الأزمات الصحية" كمقاربة معرفية عبر أربعة مفاهيم مختلفة يمثل كل مفهوم مطلب ومجموعة من الفروع، بهدف تقديم تفصيل معرفي وافي حول: "الأزمة"/"الأزمة

الصحية"، "إدارة الأزمات"/ "إدارة الأزمات الصحية"، مرورا بتناول مجموعة من نماذج تصنيف "الأزمات"، ونظريات ونماذج "إدارة الأزمات"، وصول لاقتراح نظام "لإدارة الأزمات الصحية".

بينما تم فحص في **الفصل الثاني** عبر مبحثين ومجموعة من المطالب والفروع الإطار المؤسساتي والتنظيمي لمواجهة الأخطار والكوارث في الجزائر، إذ نهدف من هذا الفصل تحديد بدقة أي دور لهذا الإطار في "إدارة الأزمات الصحية"، ولهذا نتناول بالتفصيل والتدقيق مؤسسات النظام الصحي في الجزائر عبر المستويات الثلاث مركزيا وولائيا وعلى صعيد البلديات، إضافة لهذه المؤسسات بينا حدود أدوار كل من مؤسسة المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى والوكالة الوطنية للأمن الصحي، كما تطرقا لأدوار السلطات العمومية خلال حالات الأزمات والكوارث، ولدعم هذا الإطار أكثر قمنا أيضا بفحص وتحليل كل من الإطار التشريعي/القانوني ومجموعة من المخططات.

نهدف من **الفصل الثالث** تحديد حدود استجابة السلطات الجزائرية لثلاث "أزمات صحية" هي: "الحصبة" 2017، "الكوليرا" 2018، "كوفيد−19" 2020، من خلال التطرق لماهية كل أزمة وتطوراتها على الصعيد العالمي وفي الجزائر، مستعينين بمجموعة من البيانات الإحصائية في شكل أرقام أو أشكال بيانية، والخروج بخلاصة حول واقع مواجهة "الأزمات" الثلاث.

الفصل الرابع هو بمثابة حوصلة للباحث حول مستقبل "إدارة الأزمات الصحية" بداية بتحديد أهمية التحول نحو "الصحة الرقمية" و"الجودة الشاملة للخدمات الصحية" و"الحوكمة الطبية"، انتهاءً باقتراح الباحث رقمنة مؤسسات النظام الصحي في الجزائر من خلال إنشاء مركز لإدارة وتحليل البيانات تابع لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات يكون بمثابة نظام إنذار مبكر، مع التحول لإنشاء مركز وطني "لإدارة الأزمات" والكوارث يتضمن قسما "لإدارة الأزمات الصحية".

الفصل الأول

مقاربة معرفية لإدارة الأزمات الصحية

المبحث الأول: الأزمة الصحية: دراسة مفهومية

المطلب الأول: مفهوم الأزمة

المطلب الثاني: الأزمة الصحية: الخصوصيات والسمات العامة

المبحث الثاني: إدارة الأزمات الصحية: المفهوم والمضامين

المطلب الأول: مفهوم إدارة الازمات

المطلب الثاني: إدارة الأزمات الصحية: المضمون، المراحل ونظام الإدارة

اكتسب علم "إدارة الأزمات" أهمية بالغة بالرغم من حداثته، إذ أصبح يتقاطع مع مجموعة من العلوم كإدارة الأزمات السياسية، الاجتماعية، الاقتصادية، الإدارية.....الخ، لما له من أهمية في منع أو السيطرة أو التقليل من حدة "الأزمات"، والتي تشكل هذه الأخيرة ظاهرة ترافق الدول والمجتمعات ولها تبعات وآثار وأضرار بشرية ومادية واقتصادية واجتماعية متوسطة وبعيدة المدى.

ألقت "الأزمات الصحية" المحدودة والواسعة بثقلها على علم "إدارة الأزمات"، خصوصا والعالم يعيش على وقع أوبئة متقاربة زمنيا، أصبحت مهددا للإنسان في صحته واستقراره والأخطر مهددا لحياته، وخطرا على انهيار النظم الصحية، ولم تسلم من هذا التهديد والخطر حتى النظم الصحية المتطورة، وأصبحت الحاجة ملحة للاستعانة بعلم "إدارة الأزمات" في "إدارة الأزمات الصحية".

بناء على ما سبق أصبح علم "إدارة الأزمات"/"إدارة الأزمات الصحية" حقلا معرفيا له أطر مفاهيمية، لذلك سنحاول في هذا الفصل ضبط مفهوم كل من: "الأزمة"، "الأزمة الصحية"، "إدارة الأزمات"، "إدارة الأزمات الصحية"، وأيضا ضبط مجموعة من النظريات والنماذج التي تناولت "إدارة الأزمات"، كما سنقترح نظاما "لإدارة الأزمات الصحية".

المبحث الأول: الأزمة الصحية: دراسة مفهومية

تحديد مفهوم "الأزمة" Crisis ليس بالأمر السهل أو الهين، فالعلوم الإنسانية والاجتماعية تختلف في دراستها "للأزمة"، فكل فرع من هذه العلوم له رؤيته لماهية "الأزمة" بسبب التغير المستمر في خصائص وسمات "الأزمات"، أما "الأزمة الصحية" The health crisis فتتميز هي الأخرى بمجموعة من الخصائص والآثار وتتعدد أسبابها، مما يصعب تحديد مفهومها.

المطلب الأول: مفهوم الأزمة

كان لزاما قبل دراسة "الأزمة الصحية" تحديد ودراسة مفهوم "الأزمة"، سيقدم هذا الجزء دراسة مستفيضة حول "الأزمة" من خلال التعريفات، الخصائص، تمييزها عن المفاهيم المشابهة، تصنيفها، المراحل.

الفرع الأول: تعريف الأزمة

"يعود استعمال مصطلح "الأزمة" إلى الطب الإغريقي القديم، وكان يقصد بها نقطة تحول في الأمراض الخطيرة والقاتلة والتي تؤدي عادة إلى الموت المحقق أو إلى الشفاء التام للمريض".[1]

وكلمة "أزمة" في اللغة العربية تعني الشدة والقحط و"الأزمة" هو المضيق أيضا. أما في اللغة الصينية فكلمة "أزمة" تنطق Ji–Wet وهي عبارة عن كلمتين: الأولى تدل على الخطر، والثانية تدل على الفرصة التي يمكن استثمارها [...] أما في اللغة الفرنسية تنطق Crise تشير للنوبة أو الفاقة، Crisis باللغة الإنجليزية تعني تحول في المرض أو تطور في الحياة[2].

أما اصطلاحا؛ تختلف تعريفات "الأزمة" باختلاف المنظورات التي يتناولها المفكرين والباحثين في دراستهم للأزمات، وتوصف بالمفهوم المراوغ لطبيعتها الشمولية، لذلك كانت هناك العديد من التعريفات، نذكر منها:

---

[1] إدريس لكريني، *إدارة الأزمات في عالم متغير: المفهوم والمقومات والوسائل والتحديات* (الأردن: المركز العلمي للدراسات السياسية، 2009)، 12.

[2] رنا علي حيدر، "مفهوم الأزمات وطرق إدارتها"، *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية* 39، ع.01، (2017): 137.

أولا: تعريف الأزمة حسب المنظور السياسي والأمني:

يعرفها "إدريس لكريني" في كتابه "إدارة الأزمات في عالم متغير: المفهوم والمقومات والوسائل والتحديات" بأنها: "تنشأ نتيجة أحداث مختلفة (تمرد أو ثورة أو انقلاب أو عمل عسكري)، وتؤثر في استقرار البنية السياسية"[1].

كما يعرفها "السيد عليوة" في كتابه المعنون بـ " إدارة الأزمات والكوارث: مخاطر العولمة والارهاب الدولي"، بـ: "حالة أو مشكلة تأخذ بأبعاد النظام السياسي وتستدعي اتخاد قرار التصدي الذي تمثله سواء كان إداريا، سياسيا، نظاميا، اجتماعيا، اقتصاديا، ثقافيا"[2].

وفي دراسة بعنوان "الاستقرار والأزمة والانهيار: بعض الملاحظات حول مفهوم الأزمة في التحليل السياسي" عرف "بال سفينسون" Pall Svenson الأزمة من المنظور السياسي "مجموعة من التحديات، قد تحول دون بلوغ هدف سياسي ما، أو تؤدي إلى تغيرات بنيوية"[3].

و"الأزمة" الأمنية هي "عبارة عن حدث أو خطر أو مشكلة أو موقف أو قوة قاهرة، تحدث فجأة وبشكل مباغت، وفي وقت قصير، وتترك أحداثا وآثارا سريعة ومتلاحقة تهدد جوانب المجتمع وأبعاده، وخاصة الجانب الأمني، وذلك مما يؤدي لحدوث صدمة وارتباك وخلل في سير الحياة تعرض النظام الاجتماعي للخطر والتهديد، وذلك مما يقوض الأمن والطمأنينة"[4].

ثانيا: تعريف الأزمة حسب المنظور الاقتصادي والمالي:

يعرفها قاموس Routledge للاقتصاد: "الانهيار المتزامن للمؤسسات المالية ذات الصلة، والناتج عن محاولات المستثمرين والمضاربين والمقرضين والمودعين تصفية أصولهم، وتحدث هذه التصفية بسبب التحول من توقعات متفائلة إلى متشائمة. وأيضا يمكن لحدث خارجي مثل: حرب، أو كارثة طبيعية أن تزعزع استقرار الأسواق وتخلق "أزمة". كما أن ازدهار الاستثمار المضارب مع الترويج للعديد من المخططات المشبوهة والتجاوزات هي أيضا أسباب شائعة "للأزمات". ويمكن أن تحدث هذه "الأزمات" داخل اقتصاد واحد أو في عدة اقتصاديات مترابطة، كما حدث في

---

[1] لكريني، إدارة الأزمات في عالم متغير، 15.

[2] السيد عليوة، *إدارة الأزمات والكوارث: مخاطر العولمة والارهاب الدولي*، ط2 (القاهرة: دار لأمين للنشر والتوزيع، 2002)، 13.

[3] Pall Svenson, “Stability, Crisis and Breakdown : Some Notes on the Concept of Crisis in Political Analysis” , *Scandinavian Political Studies*9,, no. 2, (1986):134.

[4] أشرف نسيم عبد العزيز، "إدارة الأزمات الأمنية"، تصفح بتاريخ 12 جويلية، 2021، https://bit.ly/3SAaxR8.

عام 1929. ويعتبر دور البنك المركزي في استعادة السيولة والثقة العامة في الأعمال أمرا بالغ الأهمية"[1].

كما تعرف: "باضطراب فجائي يطرأ على التوازن الاقتصادي في بلد ما أو في عدة بلدان، وتطلق بصفة خاصة على الاضطرابات الناشئة عن اختلال التوازن بين الانتاج والاستهلاك"[2].

وأيضا تعرف بـ "تقلبات أو تذبذبات تؤثر بشكل حاد على مجمل المتغيرات المالية كأسعار الصرف ومعدلات الفائدة وأسعار الأسهم والسندات والودائع المصرفية ومعدلات التضخم وتتسبب هذه التقلبات في انهيار العديد من المؤسسات المالية"[3].

ثالثا: تعريف الأزمة حسب المنظور الإداري:

يعتبر "راينر مولر" Rainer Muller في دراسة "إدارة أزمات الشركات"، بأن "الأزمة" هي: "حدث غير مرغوب فيه، وهو ما يهدد بشكل خطير استمرار وجود المنظمة"[4].

وفي تعريف آخر، جاء في دراسة "إعداد خطة للتعافي من الأزمات" لـ "نورمان فيلبس" Norman Phelps، بأن "الأزمة" هي: "حالة طارئة تحدث فجأة، وتعطل روتين المنظمة أو المجتمع، ويمكن أن تضر بالمركز التنافسي للشركة، ويتطلب ذلك اهتماما فوريا"[5].

وهي أيضا: "حالة غير متوقعة وغير معهودة يكتنفها عدم التأكد تؤدي إلى الخلل بالأعمال الاعتيادية للمنظمة وتهدد قدرتها على البقاء والاستمرار"[6].

---

[1] Donald Rutherford, *Rutledge Dictionary of Economics*, 2nd Edition (London: Rutledge,2002).

[2] خميس خليل، "الأزمات الاقتصادية والمالية وآثارها على مسارات التنمية"، *المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية* 3، ع. 05، (2016): 124.

[3] عبد الرحمان روابح، "أثر الأزمة المالية العالمية على حركة التجارة الخارجية للتكتل الاقتصادي الأوروبي: دراسة قياسية للفترة 2000–2014" (أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2018/2017)، 04.

[4] Rainer Muller, “Corporate Crisis Management”, *Long Range Planning*18, no. 5, (1985):39.

[5] Norman L. Phelps, “Setting Up A Crisis Recovery Plan”, *Journal of Business Strategy* 06, no. 4, (1986): 06.

[6] معمر قربة وسارة حدة بودربالة، "منهجية التعامل مع الأزمات: من تشخيص الداء إلى وصف الدواء"، *مجلة دفاتر اقتصادية* 9، ع.1، (2018):472.

رابعا: تعريف الأزمة حسب المنظور الاجتماعي والنفسي:

يعرفها "مبارك علوي محمد لزم" بـ: "إضرابات متسارعة ويستلزم التغيير السريع وإعادة التوازن"[1].

كما عرفها علم الاجتماع بأنها "توقف لأحداث المنظمة والمتوقعة واضطراب للعادات والعرف مما يستلزم التغيير السريع لإعادة التوازن وتكوين عادات أكثر ملائمة للأوضاع الجديدة التي فرضتها أحداث الأزمة"[2].

كذلك تم استخدام مفردة "أزمة" في بحوث علماء الطب النفسي، للدلالة على الانعكاسات النفسية الحادة على الفرد وسلوكه، وعلى الجماعة، وللإشارة أيضا الأزمة الهوية[3].

في المجمل يمكن القول بأن الاختلاف في تعريف "الأزمة" عميق وواسع حتى داخل المنظور الواحد، فكل منظور يركز على زاوية أو جزئية معينة، وهو ما يفتح المجال لبروز تعريفات جديدة "للأزمة"، وفي محاولة لوضع تعريف شامل نقترح مايلي: **"تتنوع الأزمات ما بين سياسية واجتماعية ونفسية واقتصادية وإدارية، كما تختلف في شدتها وآثارها وتداعياتها على الفرد والمجتمع والدولة والمؤسسات السياسية، الأمنية، الإدارية، الاقتصادية، وحتى المؤسسات الاجتماعية".**

الفرع الثاني: **خصائص "الأزمة"**

إن التعرف على خصائص "الأزمة" يساهم في الإحاطة بها والعمل على تخفيف آثارها أو منع وقوعها،[4] وتتميز "الأزمة" بمجموعة من الخصائص، أبرزها:[5]

- نقطة تحول تزداد فيها الحاجة إلى الفعل المتزايد ورد الفعل المتزايد لمواجهة الظروف الطارئة؛
- تتميز بدرجة عالية من الشك في القرارات المطروحة؛
- يصعب فيها التحكم بالأحداث؛

[1] مبارك علوي محمد لزم، *إدارة الأزمات الأمنية في ظل المتغيرات الدولية* (حضرموت: كلية الشرطة، 2020).

[2] أحلام أزوتار، "إدارة الأزمات"، الموسوعة السياسية، تصفح بتاريخ 30 جوان، 2021، https://bit.ly/3Rkzlvm.

[3] المرجع نفسه.

[4] قربة وبودربالة، "منهجية التعامل مع الأزمات،" ، 473.

[5] السيد عليوة، *إدارة الوقت والأزمات والإدارة بالأزمات* (القاهرة: دار الأمين، 2003)، 81-82.

– تسود فيه ظروف عدم التأكد ونقص المعلومات، ومديرو "الأزمة" يعملون في جو من الريبة والشك والغموض وعدم وضوح الرؤية؛

– ضغط الوقت والحاجة إلى اتخاذ قرارات صائبة وسريعة، مع عدم وجود احتمال للخطأ لعدم وجود الوقت لإصلاح هذا الخطأ؛

– التهديد الشديد للمصالح والأهداف؛

– المفاجأة والسرعة التي تحدث بها؛

– التداخل والتعدد في الأسباب والعوامل والعناصر والقوى المؤيدة والمعارضة، والمهتمة والغير مهتمة؛

– سيادة حالة من الخوف والهلع، قد تصل إلى حد الرعب وتقييد التفكير.

الفرع الثالث: تمييز "الأزمة" عن المفاهيم المشابهة

يستخدم مصطلح "الأزمة" في الأوساط الأكاديمية والسياسية، وأيضا ميدان الإعلام، وهو ما أدى لتداخله مع مفاهيم أخرى، ولهذا كان لزاما وضع خط فاصل بين "الأزمة" والمفاهيم المشابهة، والتي سوف نبرزها في النقاط التالية:

– **المشكلة Problem:** "وتعبر عن الباعث الرئيس الذي يسبب حالة من الحالات غير المرغوب فيها، وتحتاج عادة إلى جهد منظم للتعامل معها وإيجاد حل لها وقد يؤدي أيضا إلى نشوء أزمة".[1]

– **الكارثة Disaster:** هي أهم المفاهيم اقترانا "بالأزمة"، وأثارت هذه الأخيرة نقاشا وجدلا واسعا بين الباحثين حول حدود العلاقة والاختلاف بينها وبين "الأزمة"، ويتجلى هذا الجدل في مجموعة الأسئلة التالية: هل هما كلمتان مترادفتان؟؛ هل يمكن التنبؤ بهما؟؛ أيهما أعم وأشمل؟. وللإجابة على هذه الأسئلة يجب التطرق أولا لتعريف الكارثة، فهي: "خطر طبيعي أو غير طبيعي مقصود أو غير مقصود، سريع ومتتابع يصيب منطقة معينة بأضرار مختلفة باختلاف حجم هذا الخطر، وطبيعة المنطقة المتضررة، ويتطلب معالجة آثاره جهد ووقت كبيرين، يتفاوت بحسب إمكانيات وقدرات الجهة المسؤولة عن

[1] عبد العزيز، إدارة الأزمات الأمنية.

المنطقة"[1].

درج الكثير من الباحثين المهتمين بإدارة "الأزمات" والكوارث، على استخدام كل من كلمتي "الأزمة" والكارثة على أنهما مترادفتان، ويستدلون على ذلك بأن "الأزمة" يمكن التنبؤ بها كما هو الحال مع الكارثة في ظل تطور العلم، فالكوارث الطبيعية مثل: التسونامي، والفيضانات، وحتى الزلازل أصبح بالإمكان التنبؤ بها، ولا يمكن للإنسان افتعالها، بينما يحاجج فريق آخر من الباحثين بأن هناك فروق بين الكلمتين، فلا يمكن التنبؤ بدقة بالكوارث كما هو الحال "بالأزمات"، و"الأزمة" أشمل وأعم من الكارثة.

وفي اعتقادنا؛ هناك خط فاصل بين مصطلحي "الأزمة" والكارثة، فكما تناولنا سابقا "فالأزمات" تتنوع بين السياسية والأمنية والاقتصادية والإدارية....الخ، فلا يمكن الحديث عن كارثة سياسية أو اقتصادية أو أمنية، بينما نستشف من تعريف الكارثة ارتباط المصطلح بالكوارث الطبيعية وما تخلفه من أضرار للبنى التحتية.

- **الحدث The Event**: وهو شيء فجائي تم بشكل سريع وانقضى أثره فور قيامه، وقد تنجم عنه "أزمة" لكنها لا تمثله فعلا وإنما فقط أحد نتائجه[2].
- **الحادث Accident**: وهو شيء مفاجئ وسريع وبشكل عنيف، ولا يمثل "الأزمة" فعلا إنما قد يكون مسببا "للأزمة"[3].
- **الصراع Conflict**: يشير إلى حالة أو وضع تقوم فيه جماعة من البشر بالاشتباك في نوع من المعارضة الواعية مع جماعة أخرى أو أكثر من جماعة، على أساس أن الجماعات المناوئة تبدو أنها تسعى إلى أهداف لا تقبلها الجماعة الأخرى، فالصراع هو نوع من التعامل حول قيم ودعاوى بشأن موارد وسلطة، أي أن الصراع ينطبق على التفاعل الذي يحدث بين البشر وبعضهم البعض، فهو أكثر من التنافس، الذي هو أبسط صور الصراع[4]. إن سوء إدارة "الأزمة" أمام ضيق الوقت، وكثرة الاحتمالات قد تقود إلى قرارات غير عقلانية تتجسد في شكل صراع.

---

[1] سناء محمد زهران عمر، "الوعي التخطيطي للقيادات الإدارية في مواجهة الكوارث والأزمات: دراسة مطبقة على وزارة النقل والمواصلات"، *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية* 50، ع. 03، (2020):940.

[2] عبد العزيز، إدارة الأزمات الأمنية.

[3] محمد لزم، إدارة الأزمات.

[4] إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، *إدارة الصراعات والأزمات الدولية* (القاهرة: العربي للنشر والتوزيع، 2009)، 15.

-**التوترStress** : عادة ما يتضمن العداء الكامل والخوف المدرك للمصالح، كما قد يتضمن الاختلاف البسيط بين المصالح، وربما يتضمن الرغبة في التفوق والسيطرة أو تحقيق نوع من الانتقام أو الثأر، فالتوترات تسبق بداية الصراع وتمثل الجزء الأساسي منه، ولكن التوترات ليست هي الصراعات على الدوام، كما أن التوترات ليست بالضرورة متناقضة مع التعاون، ومع ذلك، فإن أسباب التوتر قد تكون أقرب إلى أسباب الصراع[1].

-**النزاع Dispute**: ويقصد به الخلافات التي قد تكون بين الدول أو أفراد القانون الدولي أو الأشخاص والجماعات، ويمكن أن يكون النزاع عسكريا أو دبلوماسيا أو سياسيا أو قضائيا، وغالبا ما يكون أول مراحل الصراع[2].

الفرع الرابع: **تصنيف الأزمات**

تتباين وتتنوع عناصر تصنيف "الأزمات"، إذ لا يوجد تصنيف موحد، وعملية التصنيف جد مهمة ودقيقة، فهي تساعد على "إدارة الأزمة"، وقد طرح الباحثين مجموعة من النماذج، نذكر منها:

أولا: نموذج "جون برينت" John J.Burnett:

في دراسة بعنوان "منهج استراتيجي لإدارة الأزمات" صادرة سنة 1998، وضع برينت تصوره لمصفوفه تصنيف "الأزمة"، وقد تضمنت العديد من التقسيمات والعناصر والمستويات.

شكل رقم01: مصفوفة تصنيف الأزمات لبرينت

مستوى التهديد / ضغط الوقت		ضاغط		غير ضاغط	
	درجة التحكم / خيارات الاستجابة	منخفض	مرتفع	منخفض	مرتفع
منخفض	كثيرة	(4) مستوى 2	(3) مستوى 1	(2) مستوى 1	(1) مستوى 0
	قليلة	(8) مستوى 3	(7) مستوى 2	(6) مستوى 2	(5) مستوى 1
مرتفع	كثيرة	(12) مستوى 3	(11) مستوى 2	(10) مستوى 2	(9) مستوى 1
	قليلة	(16) مستوى 4	(15) مستوى 3	(14) مستوى 3	(13) مستوى 2

Source: John J.Burnett, “A Strategic Approach to Managing Crises”, *Public Relations Review24*, no. 5, (1998): 483.

[1] عبد الكافي، إدارة الصراعات، 16.

[2] المرجع نفسه، 17-18.

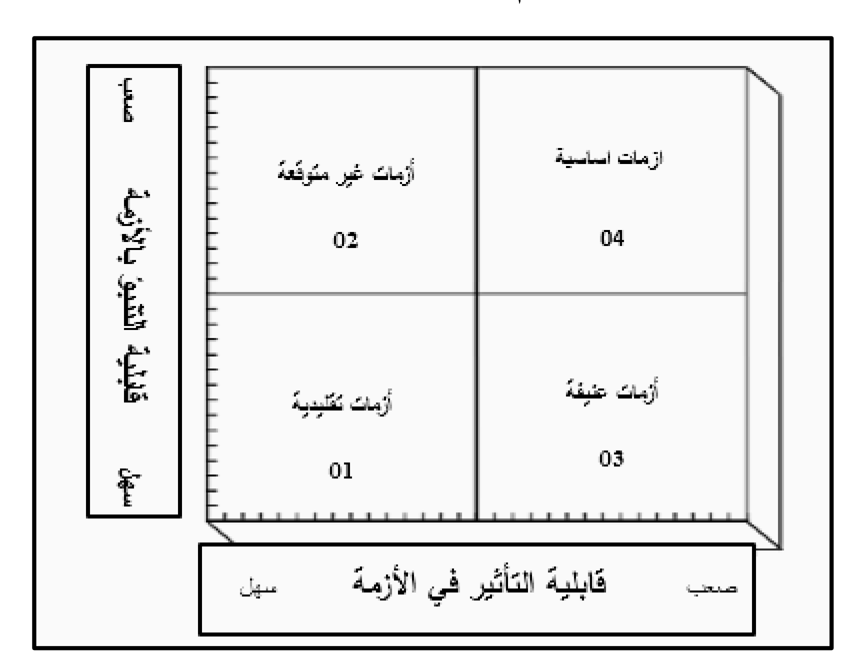
صنف برينت "الأزمات" عبر أربعة محاور هي: محور مستوى التهديد (منخفض/مرتفع)، ومحور ضغط الوقت (ضاغط/غير ضاغط)، وأيضا محور درجة التحكم (منخفض/مرتفع)، وأخيرا محور خيارات الاستجابة (كثيرة/قليلة)؛ وحدد 04 مستويات للمحاور السابقة حسب شدة ودرجة خطورة الأزمة، وهي: المستوى 0،1،2،3،4، موزعة عبر 16 خلية.

ويعتبر برينت بأن أخطر "الأزمات" تقع في المستوى 4 في الخلية رقم 16، حيث يكون ضغط الوقت ضاغط، ومستوى التهديد مرتفع، ودرجة التحكم منخفضة، وخيارات الاستجابة قليلة.

ثانيا: نموذج "ستيفان جونديل" Stephan Gundel:

بعد حوالي سبعة سنوات من نشر برينت لمصفوفته، نشر جونديل دراسة بعنوان "نحو تصنيف جديد للأزمات"، حدد فيها رؤيته لمصفوفة "الأزمة"، محددا معيارين لقياس وتصنيف الأزمات.

شكل رقم 02: مصفوفة الأزمة لجونديل



Source: Stephan Gundel, “Towards a New Typology of Crises”, *Journal of Contingencies &Crisis Management*13, no. 3, (2005): 112.

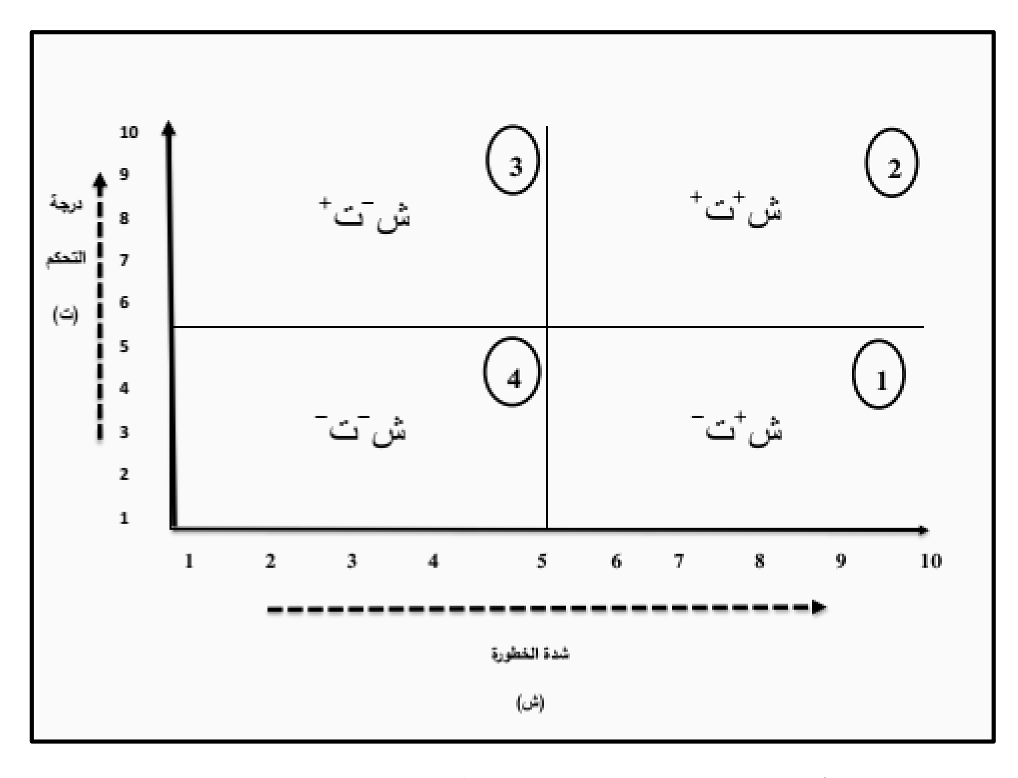
صنف جونديل "الأزمات" إلى أربعة أنواع، هي: "أزمات" تقليدية، غير متوقعة، عنيفة، أساسية، ووضع معيارين لتحديد كل نوع من "الأزمات" السابقة الذكر، هما: معيار قابلية التأثير في الأزمة، ومعيار قابلية التنبؤ "بالأزمة".

توضح المصفوفة بأن "الأزمات" التقليدية، كانفجار المصانع الكيماوية، وحالات انقطاع الكهرباء، والتي تقع في المربع رقم 01، سهل التنبؤ والتأثير فيها. على عكس "الأزمات" الأساسية والتي تقع في المربع رقم 04، إذ قابلية التنبؤ والتأثير صعبة، مثل: العمليات الإرهابية. أما "الأزمات" الغير متوقعة كالحرائق، فحسب المربع رقم 02، فهي "أزمات" صعب التنبؤ بها وسهل التأثير فيها. وتشير المصفوفة في المربع 03 إلى "الأزمات" العنيفة، وهذه الأخيرة صعب التأثير فيها ولكن يمكن التنبؤ بها، مثل: انفجار المفاعلات النووية كحادثة تشيرنوبيل[1].

ثالثا: نموذج مصفوفة الأزمة:

نجد في الأدبيات العربية مصفوفة واسعة الانتشار، تعتمد على مقياس من 01 إلى 10 لقياس درجة التحكم وشدة الخطورة.

شكل رقم 03: مصفوفة الأزمة



المصدر: محمد أحمد الطيب هيكل، *مهارات إدارة الأزمات والكوارث والمواقف الصعبة* (القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 2006)، 179.

قام علماء الإدارة بتضييق "الأزمات" وفقا لمعيارين مهمين هما: شدة خطورة "الأزمة"، ودرجة التحكم في "الأزمة"، ويرى العلماء أنه يمكن إجراء علاقة بين المعيارين وفق الشكل التالي: الخانة

[1] Gundel, “Towards a New Typology of Crises,”, 110-112.

رقم 1 خطورة كبيرة وشدة تحكم منخفضة، الخانة رقم 2 خطورة كبيرة ودرجة تحكم كبيرة، الخانة رقم 3 خطورة منخفضة ودرجة تحكم كبيرة، الخانة 4 خطورة منخفضة ودرجة تحكم منخفضة. من الرسم السابق يمكن تبني وتحديد خطة واستراتيجية التعامل مع "الأزمات" كمايلي: حسب الخانة 1 و4 نلاحظ الاستراتيجية المطلوبة تتركز حول الخطط التي تتعامل بها بعد وقوع "الأزمة" والنتائج التي تترتب عليها، أما الخانة 1 و2 فهو يتطلب مشاركة الإدارة العليا، وتشير الخانة 2 و3 إلى ضرورة تدخل قيادات عليا، وأخيرا فالخانة 3 و4 تشير لعدم مشاركة القيادات العليا في مواجهة "الأزمة"[1].

رابعا: نموذج "فهد بن أحمد الشعلان":

قدم الباحث نموذج صنف فيه الأزمات إلى 12 عنصر، وكل صنف يتكون من عدد من العناصر الجزئية، ويمكن تلخيص هذا النموذج من خلال العناصر التالية[2]:

- **من حيث طبيعة الحدوث:** يتكون هذا العنصر من "أزمات" بفعل الانسان كالتهديد بالغزو العسكري أو العمليات الإرهابية، والأزمات الطبيعية كالجفاف ونضوب الموارد المائية؛
- **من حيث المستهدف بالاعتداء:** ويشمل الاعتداء على الشخصيات، أو الاعتداء على ممتلكات؛
- **من حيث الهدف:** من خلال إرهاب الطرف الآخر كتفجير الطائرات، والابتزاز كفرض مطالب معينة كشرط لإنهاء "الأزمة"؛
- **من حيث مسرح الأزمة:** وذلك حسب أزمة خلقتها الظروف، أو "أزمة" حدد فيها مسبقا مسرح الحادث الذي وقعت فيه؛
- **من حيث المصدر:** "أزمة" مصدره، كالذي يحدث عندما يتم تفجير معين في بلد ما لاعتبارات معينة لها أهميتها في بلد آخر، "أزمة" لها جذورها في بلد الحادث؛
- **من حيث العمق:** "أزمة" سطحية هامشية التأثير، أو "أزمة" عميقة هيكلية التأثير؛
- **من حيث التكرار:** "أزمة" متكررة الحدوث، "أزمة" فجائية غير متكررة؛
- **من حيث المدة:** "أزمات" قصيرة الأمد، أزمات طويلة الأجل وقد تستمر عملية المعالجة لسنوات؛

---

[1] هيكل، مهارات إدارة الأزمات، 179-181.

[2] فهد بن أحمد الشعلان، *إدارة الأزمات: الأسس- المراحل- الآليات*، ط.3 (الرياض: مطابع جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2012)، 50-56.

- **من حيث الآثار:** "أزمات" ذات آثار وخسائر بشرية، "أزمات" ذات آثار وخسائر مادية، "أزمات" ذات آثار وخسائر معنوية، "أزمات" ذات آثار وخسائر مختلطة؛
- **من حيث القصد:** "أزمات" عمدية تحبكها احدى القوى، "أزمات" غير عمدية وإنما نتيجة إهمال وسوء تقدير، "أزمات" لا حيلة للإنسان فيها؛
- **من حيث مستوى المعالجة:** "أزمة" محلية تتعلق بدولة واحدة وتتطلب معالجة محلية، "أزمة" إقليمية تتعلق بعدة دول، "أزمة" دولية تتعلق بعدة دول أجنبية؛
- **من حيث المظهر:** "أزمة" زاحفة تنمو ببطء، "أزمة" فجائية عنيفة تحدث فجأة وبشكل عنيف، "أزمة" صريحة بحيث يشعر بها كل أطرافها والمحيطون بها منذ نشأتها، "أزمة" ضمنية حيث تتميز بالغموض.

الفرع الخامس: مراحل الأزمات

إن التعرف على مراحل "الأزمة" يساهم بشكل مباشر وفعال في السيطرة عليها، وعلى غرار تصنيف "الأزمات"، تختلف مراحل "الأزمة" من باحث إلى آخر، إذ تتعدد النماذج الغربية أو العربية حسب طبيعة "الأزمة"، ومنظورات الباحثين، ولعلى من أهم النماذج، هي:

أولا: مراحل الأزمة حسب "ستيفن فانك" Steven Fink:

تحظى دراسات هذا الباحث بتقدير بالغ في الأوساط الأكاديمية، إذ يعتبر من أوائل من ألف كتابا في "إدارة الأزمات"، والذي وضع فيه تصور نظري شامل "للأزمات" و"إدارة الأزمات"، وقد قسم مراحل "الأزمات" في إطار ما يسميه "دورة حياة الأزمة"، إلى[1]:

- **مرحلة ما قبل "الأزمة":** تتعلق بالإشارات التحذيرية التي ترسلها "الأزمة" قبل وقوعها؛
- **مرحلة "الأزمة" الحادة:** هي أقصر المراحل في هذا النموذج، تتميز بحدوث "الأزمة" ومجموعة من الأضرار؛
- **مرحلة التأزم:** تشير هذه المرحلة لآثار "الأزمة"، والتي تتسبب في إطالة دورة حياة "الأزمة"، والتي قد تستمر أشهر؛
- **مرحلة الحل:** تمثل هذه المرحلة انحسار وانتهاء "الأزمة".

[1] Steven Fink, *Crisis Management: Planning for the Inevitable* (New York, American Management Association: 1986).

ثانيا: مراحل "الأزمة" حسب "إدوارد دلفين" Edward S. Devlin:

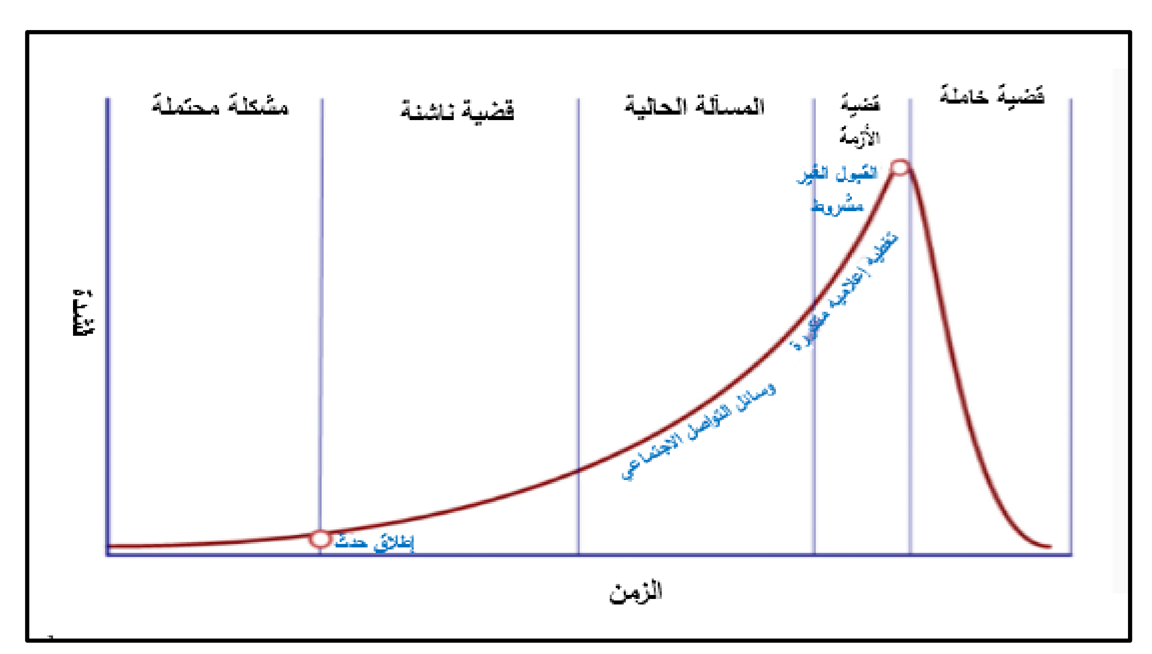
قسم هذا الأخير مراحل "الأزمة" لثلاث، إذ تتشابه المرحلة الأولى والثانية مع تقسيم فانك، وهي كالتالي[1]:

- **مرحلة ما قبل "الأزمة":** أو الوضع الحرج، وفي هذه المرحلة تصبح المنظمة على علم بهذه "الأزمة"؛
- **مرحلة "الأزمة" الحادة:** تصل "الأزمة" لهذه المرحلة عندما لا يتم السيطرة على الوضع الحرج، وتصبح "الأزمة" ظاهرة خارج المنظمة؛
- **مرحلة ما بعد "الأزمة":** خلال هذه المرحلة يتم احتواء "الأزمة"، وتحاول المنظمة حصر خسائرها واستعادة سمعتها.

ثالثا: مراحل "الأزمة" حسب "ماكس مينغ" Max Meng:

لمينغ تصور خاص لمراحل "الأزمة"، إذ يطلق على نموذجه دورة حياة المشكلة، التي تمر عبر خمسة مراحل، وفق معيارين الشدة والزمن.

شكل رقم 04: دورة حياة المشكلة



Source: Max Meng, “Issue Life Cycle clarifies difference between “issues management” and “crisis management”, Alexander Public Strategies, accessed in 12 July, 2021, https://bit.ly/3LRXvfy.

[1] Edward S. Devlin, *Crisis Management Planning and Execution* (New York, Auerbach Publications: 2007), 107.

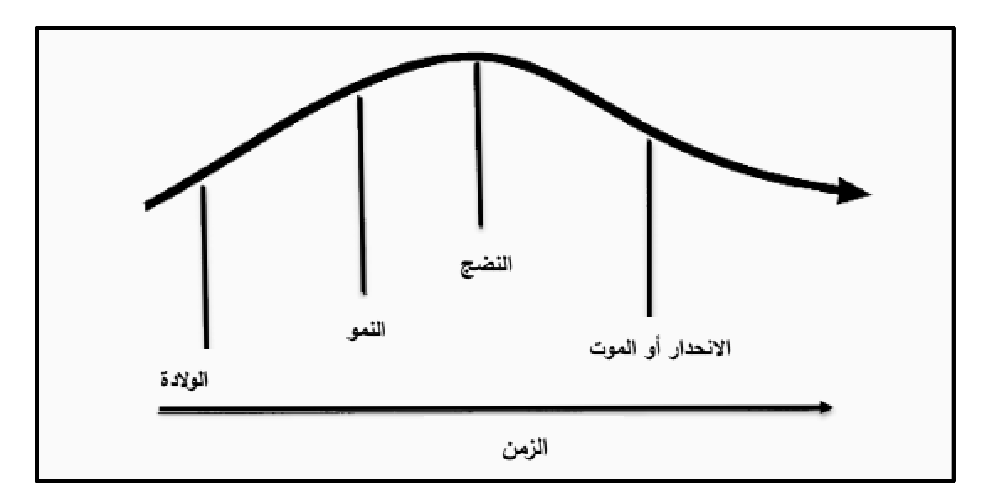
ينطلق مينغ في نموذجه من المشكلة، إذ يعتبرها سابقة "للأزمة"، فشدة المشكلة تبدأ في الارتفاع تدريجيا مما يولد الضغط على المنظمة، وفي مايلي ملخص لكل مرحلة:

- **مرحلة المشكلة المحتملة:** تتكون هذه المرحلة من ظاهرة محددة لديها القدرة على أن تصبح قضية مثيرة للقلق، وفي آخر هذه المرحلة نلاحظ ظهور موقف ما، وهو ما يعبر عنه مينغ "بإطلاق حدث"، وهذا الأخير بمثابة الإنذار؛
- **مرحلة القضايا الناشئة:** خلال هذه المرحلة، يزداد مستوى حدة المشكلة تدريجيا، وتتحول لقضية ناشئة لا يعرف أسبابها في بعض الأحيان، بسبب عدم معرفة مدى تطور شدة هذه المرحلة؛
- **مرحلة المسألة الحالية:** تستمر شدة القضية في الارتفاع، وتصبح تأثيراتها على المنظمة واضحة، وتبدأ وسائل التواصل الاجتماعي بتناقل أخبار القضية، وتنطلق وسائل الإعلام في تغطيتها سواء كانت متفرقة أو مستمرة؛
- **مرحلة قضية "الأزمة":** أصبحت القضية الآن "أزمة" بعد أن وصلت شدتها للذروة، كما تصل لمستوي رسمي لديه سلطة فرض قيود لحل هذه "الأزمة"؛
- **مرحلة القضية الخاملة:** تبدأ شدة "الأزمة" في الانخفاض تدريجيا، ولكن هذا لا يعني انتهاء المشكلة، أو حلها بشكل نهائي، فقد تعود للظهور من جديد.

رابعا: مراحل "الأزمة" حسب "ألفونسو غونزاليس هيريرو"، و"كورنيليوس برات": Alfonso González Herrero and Cornelius B. Pratt

استوحى الباحثين هذا النموذج من الكائن الحي مطلقين عليه " دورة حياة الأزمة"، إذ يعتقدان في دراستهما "نموذج متماثل متكامل لإدارة اتصالات الأزمات"، بأن مراحل "الأزمة" لا تختلف عن مراحل حياة الكائن الحي.

شكل رقم 05: دورة حياة "الأزمة"



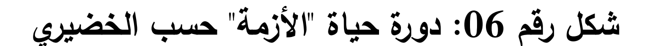
Source: Alfonso González Herrero and Cornelius B. Pratt, “An Integrated Symmetrical Model for Crisis Communications Management”, *Journal of Public Relations Research* 8, no. 2, (1996): 87.

يشير تحليل "الأزمات" إلى بعض التطابق مع النموذج البيولوجي للكائن الحي، حيث يمر بالتتابع عبر مراحل: الولادة، النمو، النضج، الانحدار أو الوفاة، كما يوضح الشكل رقم 05، ويمكن استخدام دورة حياة "الأزمة" لتوقع النتائج في كل مرحلة من مراحل الدورة. ومع ذلك، فالتدخل الإداري في الوقت المناسب قد يمنع مرحلتي النمو والنضج[1].

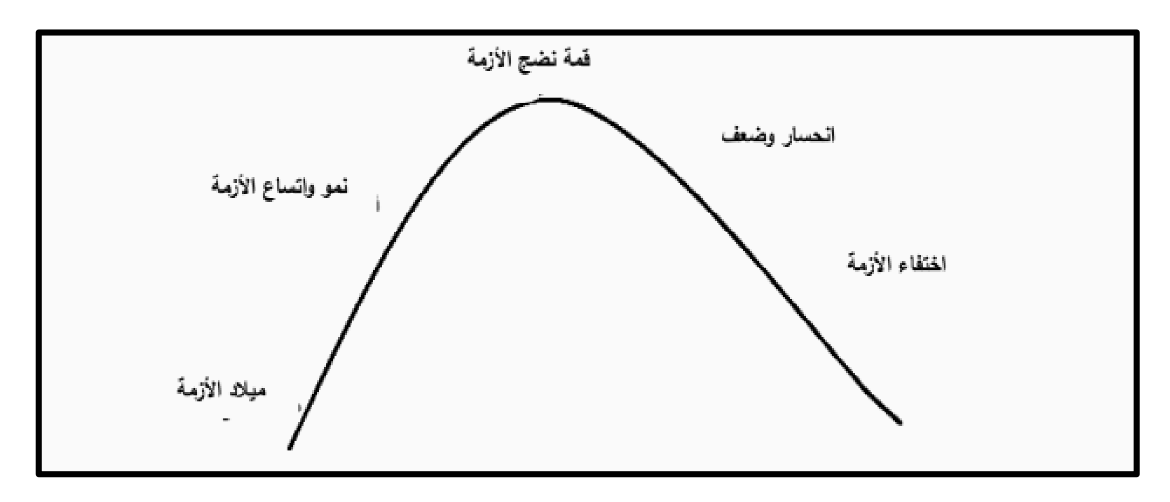
خامسا: مراحل "الأزمة" حسب "محسن أحمد الخضيري":

في الأدبيات العربية نجد نموذج واسع الانتشار مقترح من الخضيري، ويمكن القول بأن هذا النموذج هجين، فهو يشبه إلى حد ما نموذج دورة حياة الكائن الحي، وقد اعتبر الخضيري بأن "الأزمة" تمر بخمس مراحل.

[1] González Herrero and B. Pratt, “An Integrated Symmetrical Model,”, 86.



شكل رقم 06: دورة حياة "الأزمة" حسب الخضيري



المصدر: محسن الخضيري، *إدارة الأزمات: منهج اقتصادي إداري لحل الأزمات على مستوى الاقتصادي القومي والوحدة الاقتصادية*، ط2 (القاهرة: مكتبة مدبولي، 1990)، 73.

يرى الخضيري بأن مراحل "الأزمة" تتكون من خمسة مراحل كما يوضح الشكل رقم 06، استوحاها من دورة حياة الكائن الحي على غرار العديد من الباحثين، وقد اعتمدت الكثير من الدراسات العربية هذا النموذج كما هو، أو تعديلا وتطويرا لبعض العناصر. ويمكن شرح هذه المراحل في مايلي:*

- **مرحلة ميلاد "الأزمة"**: تبدأ "الأزمة" الوليدة في هذه المرحلة في الظهور لأول مرة على شكل إحساس مبهم بوجود شيء ما يلوح في الأفق وينذر باقتراب وقوع خطر مجهول المعلم والاتجاه والحجم، وترسل "الأزمة" قبل وقوعها سلسلة من الإشارات والإنذار المبكر أو الأعراض التي تنبئ بقرب وقوعها؛
- **مرحلة نمو واتساع "الأزمة"**: تنتج لعدم معالجة "الأزمة" في مرحلة الميلاد، إذ تنمو "الأزمة" وتدخل في الاتساع، حيث يغديها محفزات ذاتية مستمدة من ذات "الأزمة"، ومحفزات خارجية استقطبتها "الأزمة" وتفاعلت معها؛
- **مرحلة نضج "الأزمة"**: وهي أخطر مراحل "الأزمة"، حيث يحصل الصدام، الذي تنشأ عنه آثار مادية، واجتماعية، واقتصادية، وبشرية؛

* يُنظر: الشعلان، إدارة الأزمات، 62-64.

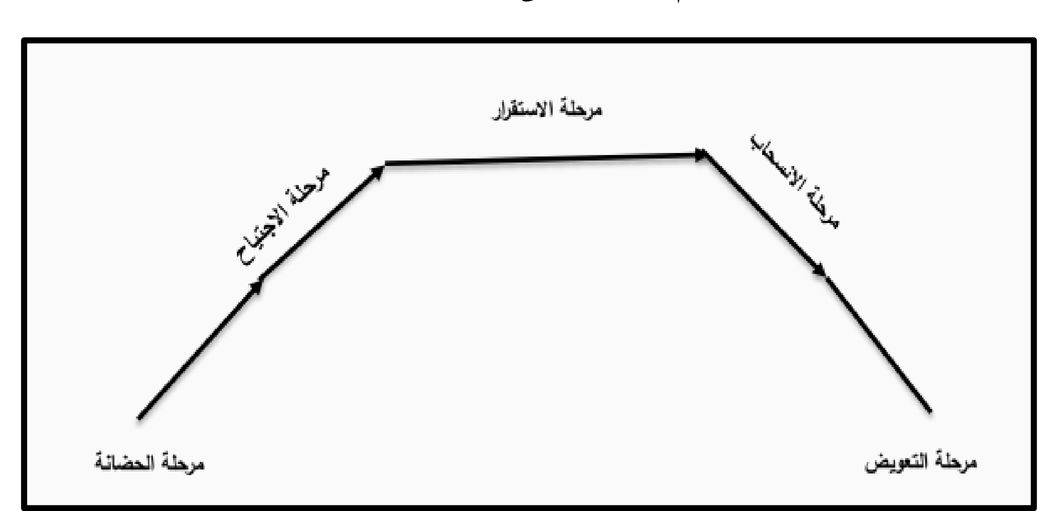
محمد بن عبداله بن عثمان المرعول، *الأزمات: مفهومها أسبابها وآثارها في تعميق الوحدة الوطنية* (الرياض: مكتبة القانون والاقتصاد، 2014)، 48-53.

- **مرحلة الانحسار والضعف:** تبدأ "الأزمة" بالانحسار والتقلص بعد الصدام العنيف الذي يفقدها جزءا مهما من القوة؛
- **مرحلة اختفاء "الأزمة":** تصل "الأزمة" لهذه المرحلة عندما تفقد بشكل كامل قوة الدفع المولدة لها.

سادسا: مراحل الأزمة حسب "أحمد عز الدين":

كما نجد أيضا في الكتابات العربية نموذجا آخرا لمراحل "الأزمة" يعود للباحث عز الدين، استخدم فيه مصطلحات أقرب للشؤون السياسية العسكرية.

شكل رقم 07: منحنى تطورات الأزمة حسب عز الدين



المصدر: محمد بن عبدالله بن عثمان المرعول، *الأزمات: مفهومها أسبابها وآثارها في تعميق الوحدة الوطنية* (الرياض: مكتبة القانون والاقتصاد، 2014)، 57.

حسب الشكل قسم عز الدين مراحل "الأزمة" لخمس مراحل، حيث تبدو مرحلة الحضانة "أزمة" جنينية، بينما تمثل مرحلة الاجتياح أخطر المراحل في هذا النموذج، بسبب تزايد واتساع شدة وحجم "الأزمة"، أما مرحلة الاستقرار تعبر عن المرحلة التي يستغرقها عمر "الأزمة"، وتتلاشى "الأزمة" في مرحلة الانسحاب، وأخيرا تقوم الإدارة بمحو آثار "الأزمة" في مرحلة التعويض[1].

[1] المرعول، الأزمات، 56-57.

المطلب الثاني: الأزمة الصحية: الخصوصية والسمات العامة

منذ القدم والعالم يعرف الأزمات الصحية المختلفة، فبرغم التطور التكنولوجي والطبي والوقائي الذي عرفته البشرية إلا أن الأزمات الصحية بقيت مصاحبة للإنسان، فماهي الأزمة الصحية؟.

الفرع الأول: تعريف الأزمة الصحية

يعرفها "محمد حافظ خطاب" بـ "تعرض حياة الناس بشكل مفاجئ إلى حوادث كارثية، ومن تاريخ العالم في الأمراض المعدية يمكننا أن نرى بصورة عامة الأمراض الوبائية التي تشكل تهديدا لحياة البشر وصحتهم، عن طريق انتقال الفيروسات الموجودة بالغذاء، والماء، والهواء، والبيئة التي تعيش فيها، وشهد تاريخ البشرية الكثير من الأمراض المعدية، مثل: الطاعون، والجدري، والكوليرا، على سبيل المثال لا الحصر"[1].

بينما تعرفها "فاطمة الزهراء سلامات Fatima Ezzahra Salamate": "أحداث مؤثرة فعليا، أو يحتمل أن تؤثر على عدد كبير من الناس، وعلى صحتهم، ويمكن أن تزيد من عامل الوفيات، تعلن "الأزمة الصحية" من قبل الدولة، كما تتميز بصدى قوي جدا لدى الرأي العام، ولها تداعيات عديدة: سياسية، طبية، صحية"[2].

كما يعرفها "جون فرانسوا بيلو Jean-François Pillou": "تشكل "الأزمة الصحية" تهديدا للحالة الصحية للسكان. وهناك سمتان تجعل من الممكن الاعلان عن وجوها: إعلان الدولة حالة الطوارئ نتيجة مخاطر "لأزمة صحية"، أو تنشأ بشكل خاص كوباء بسبب العوامل المسببة للأمراض كفيروس انفلونزا الخنازير، أو "كأزمة" مخدرات أو غذاء أو بسبب الطبيعة كموجة الحر والتسونامي"[3].

وتعرفها "باتريشيا سانتا أولالا بيرالتا Patricia Santa Olalla Peralta" بـ" حدث أو حالة لديها القدرة على إلحاق الضرر بالسكان بسرعة، وتسلسل الأحداث المهدد للصحة العامة يتميز بمحدودية الوقت لاتخاذ القرار، وحالة عدم اليقين، مما يؤدي لتقويض الاستجابة"[4].

---

[1] محمد حافظ خطاب، *إدارة أزمات الصحة العامة بين المفهوم والتطبيق الصيني* (عمان: دار الأيام للنشر والتوزيع، 2013)، 19.

[2] Fatima Ezzahra Salamate, "La gestion de crise entre approche processuelle et évènementielle : La crise sanitaire au Maroc Covid 19 comme évènement", *Revue Internationale des Sciences de Gestion* 3, no. 03 (2020) :341.

[3] Jean-François Pillou, "Crise sanitaire – Définition", Le Journal Des Femmes Santé, consulté le 05 Octobre, 2019, https://bit.ly/3RiHW1B.

[4] Patricia Santa Olalla Peralta, "Health Crisis Management: Preparedness and Response", Coordinating Center for Health Alerts and Emergencies (CCAES), accessed in 15 July, 2021, https://bit.ly/3CjkCNf, 02.

أما منظمة الصحة العالمية فتعتبر "الأزمة الصحية": حالة غير مستقرة من الخطر أو الصعوبة الشديدة، تشير لنقطة تحول، تنشأ لعدم قدرة النظم الصحية المحلية للاستجابة لاحتياجات المواطنين[1].

إن تتبع وتحليل التعريفات السابقة يقودنا للقول بأنها تركز على العناصر التالية:

- حالة التهديد والضرر التي تلحقه "الأزمات الصحية" بالسكان، تصل لحد الوفاة؛
- حالة "الأزمة الصحية" تعلن عنها الدولة، وقد تؤدي لانهيار النظم الصحية؛
- "الأزمات الصحية" تنشأ بسبب: الأمراض، الإنسان، الطبيعة؛
- "الأزمات الصحيطة لها تداعيات: صحية، طبية، سياسية، اقتصادية.

وتعتبر هده الدراسة أن "الأزمة الصحية" تشير إلى: **تنشأ بسبب: الأمراض والأوبئة، أو الكوارث الطبيعية، أو الحروب، أو النظم الصحية المحدودة الاستجابة، وقد تؤدي لخسائر مادية وبشرية، وانتشارها قد يكون محلي أو إقليمي أو دولي، كما لها تداعيات سياسية، اقتصادية، صحية، متوسطة وبعيدة المدى.**

الفرع الثاني: خصائص الأزمة الصحية

تتسم "الأزمة الصحية" بمجموعة من الخصائص، وقد أشار خطاب لخمسة خصائص تتميز بها "الأزمات الصحية"، نذكرها في مايلي[2]:

- **المفاجأة:** ظهور "الأزمة" بمثابة زلزال في كثير من الأحيان، وكمثل الانفجارات البركانية غير المتوقعة، لذا ينبغي على الحكومة أن تستجيب بسرعة في التعامل معها، وخلاف ذلك سيؤدي ذلك إلى خسائر كبيرة في الأرواح، ووقوع الأطباء في حيرة من أمرهم خاصة عندما تكون المفاجأة كبيرة وممتدة على مساحة كبيرة، ومما يزيد من فداحة الأمر عند عدم اتخاذ الحكومات التدابير الوقائية الفعالة، مما يزيد من نسبة الوفيات وانخفاض في عدد السكان، وبالتالي يؤدي إلى شلل في المجتمع؛
- **العالمية:** انتشار الأمراض ليس كالحروب المحددة في منطقة جغرافية، فهو بلا حدود، فالوباء ينتشر قريبا من مكان إلى آخر، خاصة في أنظمة النقل الحديثة، التي تسهم في انتشار

[1] Peralta, Health Crisis management, 03.

[2] خطاب، إدارة أزمات الصحة، 31-34.

الأمراض المعدية في العالم، لذلك يجب فرض رقابة فعالة والحرص على الأمن المشترك للبشرية جمعاء، والتعاون بين البلدان والمنظمات الدولية. ففي اسبانيا انتشرت عام 1918، وفي جميع أنحاء العالم انفلونزا قاتله، مما أدى إلى وفاة ما لا يقل عن 20 مليون شخص، والأنفلونزا الأسيوية عام 1957، وفي هونغ كونغ عام 1968 أدت إلى وفاة ما مجموعه 1،5 مليون شخص في كل انحاء العالم؛

- **الغموض:** الأمراض الجديدة المعدية للبشرية تنتمي إلى ميدان المجهول، وذلك من خلال اختلاف وغموض الكائنات الدقيقة، ويمكن ملاحظة أمرين هامين: أولهما: المقاومة وتشكل المقاومة للأدوية، بحيث أصبحت الأدوية عديمة الجدوى، وثانيا ازدياد درجة غموضها وغرابتها بالإضافة إلى إنها معقدة جدا وصعبة؛
- **السلبية:** "أزمة الصحة" العامة لها علاقة مباشرة ببقاء الإنسان والتنمية، فبمجرد اندلاع "الأزمة" يمكن بسهولة أن تتصل الأبعاد السياسية والاقتصادية والاجتماعية، وغيرها من الأبعاد مع بعضها البعض، لذا فإنها لا تؤثر على الإنتاج العادي، ولكن تؤثر أيضا على التنمية الاجتماعية والاقتصادية والاستقرار السياسي.

وفي وثيقة بحثية لمؤسسة **Vuibert** تعتبر "الأزمات الصحية" لها خصائص محددة، هي[1]:

- تثير ضجة كبيرة، وتؤدي لانتشار الشائعات بين المواطنين، فضلا عن التغطية الإعلامية المؤكدة؛
- تشكل صعوبات كبيرة لصانعي القرار، ترتبط بشكل خاص بالشكوك القوية حول تأثيرات "الأزمة الصحية"، والحاجة الضرورية للاستجابة بشكل عاجل للمخاوف، مما يضعهم في معضلة دائمة، فالمخاطرة برد الفعل الضعيف تعتبر إهمال، والمبالغة في رد الفعل تعتبر ذعر؛
- تقوض مصداقية المعرفة الطبية، وشرعية المؤسسات الصحية؛
- تطرح تساؤلات حول القيم مثل: المسؤولية الفردية والجماعية، والحريات الديمقراطية، والأهمية المعطاة لحياة الإنسان، ففي النزاعات، التي غالبا ما تكون شديدة بين قيم مختلفة أو مصالح متباينة، يتم التضحية بالصحة في مواجهة القيود الاقتصادية.

[1] " La Gestion des Crises Sanitaires", Vuibert, consulté le 24 Juillet, 2021, https://bit.ly/3RkAhQo, 05.

الفرع الثالث: أسباب الأزمات الصحية

تتعدد وتتنوع أسباب "الأزمات الصحية"، فهي ليست وليدة الساعة، فمنها ما هو طبيعي مصاحب للبشرية، ومنها ما هو بفعل الإنسان، وبصفة عامة يمكن أن نوجز أسباب "الأزمات الصحية" في الآتي:

- **النظم الصحية المحدودة الاستجابة:** تساهم في ظهور واتساع "الأزمات الصحية"، لمحدودية الدور الذي تقوم به في التعامل مع الأمراض المعدية والأوبئة، فالاستجابة تتطلب نظام صحي مؤهلا بشريا وعلميا للتعامل مع مختلف "الأزمات الصحية"؛
- **الأوبئة:** أحد أبرز مسببات "الأزمات الصحية"، فقد عرفت البشرية كثير من الأوبئة قديما: كالطاعون، والجذري، أبادت ملايين البشر، ومع بداية الألفية الجديدة، شهد العالم بروز أوبئة جديدة، مثل: أنفلونزا الطيور والخنازير، والإيبولا، والسارس، وأيضا جائحة "كوفيد-19"؛
- **الكوارث الطبيعية:** تلعب دورا بارزا في ظهور "الأزمات الصحية"، خصوصا في الدول الفقيرة، حيث تؤدي لانهيار النظام الصحي، وهو ما يؤدي بالضرورة لبروز "الأزمات الصحية" المختلفة؛
- **النزاعات:** كثيرا ما تصبح المؤسسات الصحية، ومؤسسات التطهير، عرضة للهجمات المسلحة، وهو ما يؤدي لهجرة الكادر الطبي، ونقص المعدات الطبية، فمثلا النزاع في اليمن أدى لتلوث المياه، وبروز داء الكوليرا، ولم تتمكن المؤسسات الصحية من التعامل مع الوضع؛
- **الإدارة البيروقراطية:** سوء التخطيط، والتعامل مع المعلومات الواردة، والبطء في اتخاذ القرارات، من قبل المؤسسات الصحية، وصناع القرار، يؤدي لظهور "الأزمات الصحية" وتوسعها؛
- **التغيرات في البيئة الاجتماعية:** مثل إزالة الغابات، واستصلاح الأراضي والري وغير ذلك، مما يؤثر على البيئة وعلى الحيوانات البرية، ويرغمهم على ترك مساكنهم والإضرار بالتوازن البيئي، وتقلل المساحة الجغرافية الصالحة لعيش الإنسان، كذلك زيادة أعداد السكان بشكل أعلى من المتوقع يؤدي إلى احتمال الزيادة في انتشار الأمراض المعدية[1].

[1] خطاب، إدارة أزمات الصحة، 47.

الفرع الرابع: آثار الأزمات الصحية

"للأزمات الصحية" آثار مختلفة على مستوى الأفراد، والمجتمعات، والدولة ككل، وتختلف هذه الآثار من دولة لأخرى حسب مستوى الاستجابة، وعموما تتمثل هذه الآثار في:

- **الآثار السياسية:** نميز نوعين من الآثار، آثار سياسية سلبية وأخرى إيجابية، فأما الأولى فتتعلق بقدرة السلطات على الاستجابة وإدارة "الأزمة" السياسية، فأي تراخي أو فشل في إدارة "الأزمة الصحية"، يؤدي لتناقص منسوب الشرعية، وسخط المواطنين على السياسيين والاداريين، "فالأزمة" السياسة التي تعيشها تونس كان أحد مسبباتها سوء إدارة "أزمة" "كوفيد-19"، وأيضا أحد أسباب خسارة الرئيس الأمريكي الأسبق "دونالد ترامب" Donald Trump للانتخابات كانت بسبب سياسة إدارة "أزمة" وباء "كوفيد-19"؛ وأما الآثار الإيجابية فتتعلق بكسب ثقة المواطنين في حال كانت هناك استجابة سريعة وإدارة دقيقة "للأزمة الصحية"، وتمثل فرصة لمراجعة السياسات الصحية؛
- **الآثار الاقتصادية:** "الأزمات الصحية" لها تأثير مباشر على الاقتصاد الوطني والدولي، ويختلف هذا التأثير بحسب مدى تأثير "الأزمة الصحية" وانتشارها، فهي تؤدي لزيادة الإنفاق على القطاع الصحي، وعدة قطاعات أخرى، بهدف التحكم فيها، "فأزمة" وباء "كوفيد-19" كان لها تأثيرات اقتصادية ومالية كبيرة، أدت لانكماش الاقتصاديات الوطنية والاقتصاد الدولي؛
- **الآثار النفسية والاجتماعية:** تحدث نوعا من الرعب والهلع بين جموع المتأثرين من أضرارها، ومن شاهدوا الحدث أو شاركوا في الإنقاذ بدرجات متفاوتة، إلا أن صور الفاجعة تستمر طويلا لدى تلك الفئات مسببة بعض الأضرار النفسية، أما بخصوص التأثيرات الاجتماعية الموقفية، فنجد أن أبرز تلك التأثيرات هو خفوت المعايير الاجتماعية، وتراخي سطوة القيم التي اكتسبها الفرد خلال تراكم عمليات التنشئة الاجتماعية، وتلقي بظلالها على انخفاض المستوى المعيشي للأسرة، وافتقاد الإحساس بالأمن الاجتماعي، أيضا توقف سوق العمل وانتشار البطالة[1].

[1] المرعول، الأزمات، 61-66.

الفرع الخامس: تصنيف الأزمات الصحية

جدول رقم01: تصنيف "الأزمات الصحية"

معيار التقسيم	الأنـــــــــــــــــواع
مدى التأثير	محلية (منطقة معينة من الدولة)، وطنية، إقليمية، عالمية
أسباب طبيعتها	الأوبئة، كوارث طبيعية (زلازل، براكين) الحوادث الكارثية (حوادث الطرق، حوادث الأمن) حوادث الصحة العامة (الأمراض المعدية، الأمراض الحيوانية الوبائية)، النزاعات
الخسائر	إصابات، وفيات، خسائر مادية
الآثار	سياسية، اقتصادية، اجتماعية، نفسية

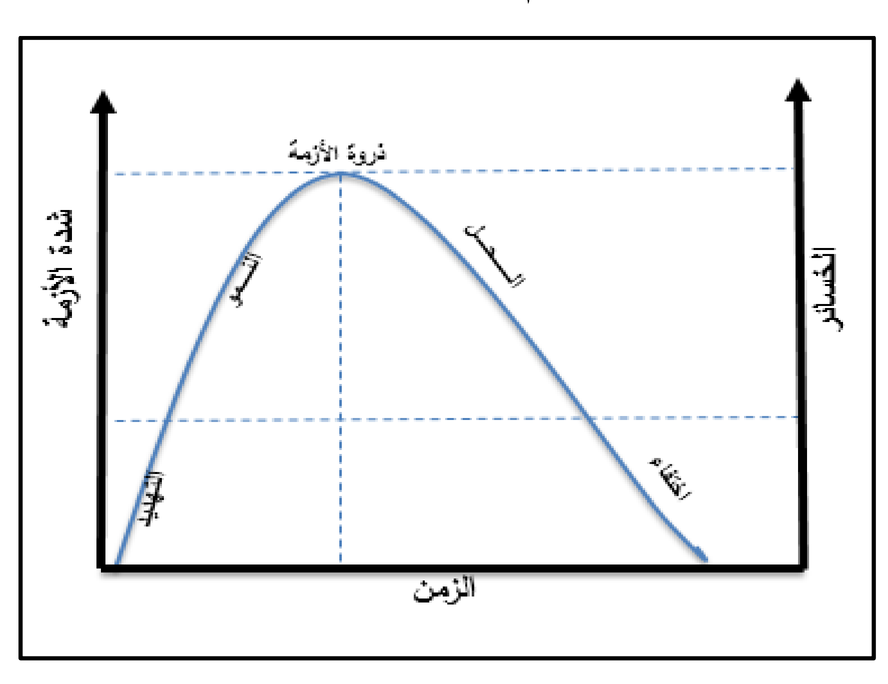
المصدر: من اعداد الباحث، اعتمادا على: محمد حافظ خطاب، *إدارة أزمات الصحة العامة بين المفهوم والتطبيق الصيني* (عمان: دار الأيام للنشر والتوزيع، 2013)، 48.

يعتمد تصنيف" الأزمات الصحية" المقترح على أربعة معايير، وكل معيار يتكون من مجموعة من الأنواع، فمعيار مدى التأثير يقصد به مدى انتشار "الأزمة الصحية"، هل هي "أزمة صحية" محلية؟، أم انتشرت وتوسعت وأصبحت عابرة للحدود، وهل هذا العبور مس مجموعة من الدول؟ أم أصبحت "أزمة صحية" عالمية؟. معيار أسباب طبيعتها يشير لسبب، أو أسباب هذه "الأزمة الصحية". أما معيار الخسائر فيعتمد على عدد الإصابات أو الوفيات التي خلفتها "الأزمة الصحية"، وقد تخلف "الأزمة الصحية" إصابات فقط، ويتراوح عدد وحجم الإصابات والوفيات، والخسائر المادية حسب شدة "الأزمة الصحية" ومدى انتشارها. معيار آثار "الأزمة الصحية" يعنى حجم آثار الأزمة على السياسيين والاستقرار السياسي، وأيضا الآثار الاقتصادية والمالية، ومختلف الأضرار الاجتماعية والنفسية.

الفرع السادس: مراحل الأزمة الصحية

على غرار كل الأزمات تمر "الأزمة الصحية" بمجموعة من المراحل، ويقترح الباحث شكلا يلخص هذه المراحل.

شكل رقم 08: مراحل الأزمة الصحية



المصدر: من اعداد الباحث*.

يقترح الباحث نموذجا لمراحل "الأزمة الصحية"، يشمل ثلاث معايير:

- **شدة "الأزمة"**: أي حدود انتشارها (محلي/وطني/عالمي)؛
- **الزمن**: الفترة الزمنية التي استغرقتها قبل اختفائها (أيام/أسابيع/أشهر/سنوات)؛
- **الخسائر**: أعداد الإصابات والوفيات، والخسائر الاقتصادية.

أيضا يتكون النموذج من خمس مراحل، هي:

---

* اعتمد الباحث في بناء هذا النموذج على نماذج مراحل "الأزمات" التي وضعها مجموعة من الباحثين، أنظر:

Fink, Crisis Management.
González Herrero and B. Pratt, “An Integrated Symmetrical Model,”, 86.

الخضيري، إدارة الأزمات، 73.

نموذج "هيرمان تشارلز" Hermann Charles، حيث قسم مراحل "الأزمة" إلى: التهديد، وقت القرار، المفاجئة، أنظر:

Robert S. Billings, Thomas W. Milburn and Mary Lou Schaalman, “A Model of Crisis Perception: A Theoretical and Empirical Analysis”, *Administrative Science Quarterly* 25, no. 2, (1980): 301.

- **مرحلة التهديد:** تبدأ "الأزمة الصحية" خلال هذه المرحلة في الظهور لأول مرة، تعتبر بمثابة إشارات تحذيرية، أو انذار بقرب حدوث "الأزمة الصحية"؛
- **مرحلة النمو:** تعرف "الأزمة الصحية" نموا واتساعا متزايدا، مع تسجيل خسائر محدودة، ثم تتزايد تدريجيا؛
- **مرحلة ذروة "الأزمة":** أخطر مرحلة في هذا النموذج، وأقصى ما يمكن "للأزمة الصحية" الوصول إليه، لأن "الأزمة الصحية" تزداد شدة وانتشارا، وكلما ازدادت شدتها ازدادت الخسائر، أي هناك علاقة طردية بين معياري الشدة والخسائر؛
- **مرحلة الحل:** تتناقص شدة "الأزمة الصحية"، وتتقلص مساحة التوسع، وتقل الخسائر، منذرة بقرب اختفائها؛
- **مرحلة الاختفاء:** تتلاشى "الأزمة الصحية" وتختفي.

أخيرا وجب الإشارة لنقطتين مهمتين لهذا النموذج، هي:

- قد لا تشمل "الأزمة الصحية" مرحلتي النمو والذروة، في حال تم السيطرة على "الأزمة الصحية" في مرحلة التهديد؛
- كلما كانت هناك "إدارة للأزمة الصحية"، كلما قلت دورة حياة "الأزمة الصحية"، وتقل معها الخسائر.

المبحث الثاني: إدارة الأزمات الصحية: المفهوم والمضامين

بعد دراستنا "للأزمة"/"الأزمة الصحية"، يأتي الدور على الدراسة النظرية لـ "إدارة الأزمات"/"إدارة الأزمات الصحية" Crisis Management / Health Crisis Management ، إذ سنحاول في هذا المبحث ضبط وتحديد وتوضيح هذين المفهومين من خلال التطرق لمجموعة من العناصر الدقيقة.

المطلب الأول: مفهوم إدارة الازمات

بالرغم من حداثة هذا المفهوم، ومحدودية الدراسات التي تناولت هذا المفهوم، إلا أنه أصبح حقلا معرفيا يتضمن: مفاهيم، نظريات، نماذج، سنحاول التطرق لها في هذا المطلب سواء الواردة في الأدبيات العربية أو الغربية.

الفرع الأول: تعريف إدارة الأزمات

> "حسب كتب ومقالات كل من: فينك، و"جيري مايرز" Jerry Myers، و"إيان ميتروف" Ian Mitroff، يرتبط نشأة المفهوم وتطوره بأزمة جزيرة ثري مايل آيلاند الأميركية في سنة 1979، ففي عصر الإعلام الإخباري الهجومي، والجمهور الراقي والمثقف، أراد المسؤولين الحكوميين والمواطنين والسكان القريبين من المحطة النووية إجابات في حينها وليس بعد يومين، وكانت وسائل الإعلام صوت المواطنين، واعتبروا بأن المؤسسة المسؤولة عن تشغيل المفاعل النووي كانت مهملة في أفعالها، لأنها حاولت إضفاء طابع مختلف، فمثلا قدمت معلومات مضللة تسببت في الارتباك والغضب والخوف، وقد أظهرت هذه "الأزمة" بأنه لا يمكن للمنظمات تجنب وقوعها في "أزمة"، إذ أصبح هذا الوضع مثالا أسطوريا لكيفية عدم "إدارة الأزمة"، حيث قال فينك رئيس شركة ليكسيكون كوميونيكيشنز كورب بلوس أنجلوس–كاليفورنيا سنة 1986: نشأ مصطلح "إدارة الأزمات" حرفيا عندما كان المفاعل النووي ينصهر"[1].

"بعد خمس سنوات من "أزمة" ثري مايل آيلاند، بدأت جامعة كارنيغي ميلون في بيتسبرغ أول برنامج مدرسي على الإطلاق في إدارة الأزمات"[2]، فيما بعد أصبح علما متعدد التخصصات، كعلوم:

---

[1] Devlin, Crisis Management, 04.
[2] Ibid.

السياسة، والاقتصاد، والنفس، والصحة العامة، له نظرياته ونماذجه ومفاهيمه ومراحل دقيقة "لإدارة الأزمة"، وقد صنف الجانب المفاهيمي "لإدارة الأزمات" كالتالي[1]:

- **إدارة الأزمة كعلم:** أصبحت "إدارة الأزمة" تحت تأثير التطور المهم الذي طال علم "إدارة الأزمات"، من ناحية وتعقد "الأزمات" الحديثة وتشابكها من ناحية أخرى، مكونا أساسيا في البناء الإداري للمؤسسة. وبمعنى آخر، لم تعد "إدارة الأزمة" مسؤولية شخصية لمدير المؤسسة أو رئيس مجلس إدارتها بقدر ما أصبحت مهمة مستقلة ومتمايزة داخل البناء الإداري والتنظيمي للمؤسسة تلتزم في عملها بعدد من المناهج والقواعد والآليات نتاج التطور المهم الذي طال علم "إدارة الأزمات"، وتقتضي عملية "إدارة الأزمات" علميا توفر مجموعة من العناصر، كالتخطيط والتدريب المستمر، والاستعداد لمواجهة "الأزمات"؛
- **إدارة الأزمة كعملية Process:** هي عملية منظمة تتضمن مراحل "إدارة الأزمات" حسب النماذج المختلفة، ثلاثية أو رباعية أو خماسية ....المراحل، كما سنوضح لاحقا؛
- **إدارة الأزمة كتخطيط مستقبلي:** "إدارة الأزمات" يهدف للتنبؤ بالأزمات قبل وقوعها، والتخطيط "للأزمات" المتوقعة؛
- **إدارة الأزمة نشاط هادف:** يقصد بها وظيفتي الإدراك والتحكم، فأما الأولي تتعلق بجمع المعلومات، بينما الثانية تتعلق بالخطوات المتخذة "لإدارة الأزمة"؛
- **إدارة الأزمة كعملية تعلم:** تتعلق بمدى الاستفادة من "الأزمات"، سواء الاداريون، أو السياسيون، وحتى المواطنين، "فإدارة أزمة" ما تمثل فرصة للقيام بمراجعات؛
- **إدارة الأزمة بصفتها علم وفن:** تطبيق مهارات علم "إدارة الأزمات" لا تكفي، بل يجب أن تتوفر في القائمين على أي عملية "لإدارة الأزمة"، مهارات خاصة، فنماذج علم "إدارة الأزمات" متعددة، واختيار النموذج المناسب يتطلب فنيات خاصة.

يعرف عليوة "إدارة الأزمة": "بكيفية التغلب على الأزمات بالأدوات العلمية والإدارية المختلفة وتجنب سلبياتها والاستفادة من إيجابياتها"[2].

[1] عفاف وسطاني، *"أساليب اتخاذ القرارات لإدارة الأزمات المدرسية في ضوء مشروع المؤسسة: دراسة ميدانية بثانويات ولاية سطيف"* (أطروحة دكتوراه، جامعة سطيف 02، 2018/2017)، 126-128.

[2] عليوة، إدارة الأزمات والكوارث، 28.

كما يعرفها لكريني على أنها: "فن إدارة السيطرة، ويمكن القول بأنها محاولة للسيطرة على الأحداث وعدم السماح لها بالخروج عن نطاق التحكم. ويستأثر مدير الأزمة بدور محوري وأساسي في هذه العملية التي لا تخلو من مشاكل وصعوبات"[1].

يرى الخضيري "إدارة الأزمات" بأنها: "موقف يواجه متخذ القرار يفقد فيه القدرة على السيطرة عليه أو على اتجاهاته المستقبلية".[2]

أما فانك فيعتبر "إدارة الأزمات": "نشاط هادف، يعتمد على البحث والوصول للمعلومات اللازمة التي تساعد الإدارة على التنبؤ بأماكن واتجاهات "الأزمة" المتوقعة، وتهيئة الظروف المناسبة للتعامل معها، من خلال اتخاذ التدابير للتحكم في "الأزمة" المتوقعة، والسيطرة عليها، او تغيير مسارها لصالح المنظمة"[3].

أيضا يعرفها كل من "جون فارجو، وإيريكا سفيل" John Vargo and Erica Seville بـ: "الانضباط التنظيمي لإعداد الموارد والهياكل اللازمة للاستجابة "للأزمات" والتعافي منها بفعالية، وتتعلق أيضا ببناء القدرة على تحديد التهديدات الوشيكة، من خلال تصميم وتنظيم خطة لمواجهة تلك التهديدات"[4].

أورد الباحثين "ريتشارد جيجليوتي، ورونالد جيسون" Richard Gigliotti and Ronald Jason تعريفا آخر "لإدارة الأزمات"، هو: "مدى قدرة المنظمة على الاستجابة للمواقف الطارئة بكفاءة وفعالية والسرعة اللازمة، بهدف تقليل خسائر الأرواح والممتلكات، وأيضا تقليل التهديدات لأمان الأفراد وصحتهم، والتأثيرات العكسية المهددة لاستمرار أنشطة والعمليات الطبيعة للمنظمة"[5].

تتعدد التعريفات التي تناولت "إدارة الأزمات"، فكل تعريف من التعريفات السابقة ركز على جزئية أو جزئيات معينة، فهناك من ركز على الأدوات العلمية، وآخر ركز على القدرة على السيطرة

[1] لكريني، إدارة الأزمات في عالم متغير، 18.

[2] الخضيري، إدارة الأزمات، 53.

[3] Fink, Crisis Managemen.

[4] John Vargo and Erica Seville, “Crisis strategic planning for SMES: finding the silver lining”, *International Journal of Production Research* 49, no. 18(2011): 5620.

[5] Richard Gigliotti and Ronald Jason, *Emergency Planning for Maximum Protection* (Boston: Butterworth – Heinemann, 1991), 13.

على "الأزمة"، وآخرون ركزوا على مدى الاستجابة، لكن يبقى هدف جميع هذه التعريفات هو التحكم الفعال في "إدارة الأزمة" لتجنبها، أو التقليل من تأثيراتها وأضرارها المختلفة.

الفرع الثاني: تمييز إدارة الأزمات عن المفاهيم المشابهة

- **الإدارة بالأزمات:** يمكن التمييز بين بين "إدارة الأزمات" و"الإدارة بالأزمات"، فالأولى هي "إدارة الأزمة" ذاتها والتحكم في مسارها واتجاهاتها، باعتبارها عملية تهدف إلى تطويق المشكل، فيما تقون الثانية على أساس إحداث "أزمات" طارئة أو وهمية تقوم على الخدع والمؤامرات، وستستخدم عادة من قبل بعض الدول والمنظمات والشركات وحتى الأفراد لابتزاز الخصوم، وللتأثير أيضا في الرأي العام المحلي أو الدولي لتحويل أنظاره عن "الأزمة" الحقيقية[1]. وللإدارة بالأزمات مراحل هي[2]:
  - مرحلة الاعداد والتجهيز: يقصد بها اعداد مسرح "الأزمة" المفتعلة والبيئة المحيطة بها؛
  - مرحلة تصعيد وتكثيف الأزمة: وذلك بحشد كل القوى المعادية للخصم المستهدف؛
  - مرحلة المواجهة والصدام: يقصد بالصدام هنا بين المنظمة أو الكيان المصدر للأزمة، والمنظمة أو الكيان المستهدف "بالأزمة" وصنعها له؛
  - مرحلة السيطرة على الخصم: يمكن للمنظمة مصدرة "الأزمة" استثمار حالة انعدام الوزن التي يمر بها الخصم، وعدم وضوح الرؤية لديه؛
  - مرحلة التهدئة والانحسار للأزمة: هنا يكون للطرف مصدر "الأزمة" أن يخفض الضغط على الخصم، وإعادة الأوضاع إلى حالتها الطبيعية، والتخفيف من حدة التوتر، ومساعدة الخصم؛
  - مرحلة جني الثمار وتحقيق المكاسب: يتم في هذه المرحلة حصد ثمار الجهود السابقة.
- **إدارة المخاطر:** هي عملية مستمرة ومتواصلة ترتكز على تحليل المخاطر وتحديدها قصد احتوائها والتقليل من أخطارها وانحرافاتها من خلال طرح البدائل الممكنة لكل موقف مما

---

[1] لكريني، إدارة الأزمات في عالم متغير، 20.

[2] محمد هيكل، مهارات إدارة الأزمات، 31-33.

يكسب الاستراتيجية مرونة أكبر في التعامل مع الأخطار المتوقع حدوثها في المستقبل عبر التعرف على الأخطار ثم اختيار الوسيلة المناسبة للتعامل معها على نحو مهيكل، متكامل منهجيا[1]. وفي هذا الصدد يذهب خبير "إدارة الأزمات" تيموثي كومبس" Timothy Coombs إلى القول: "المخاطر هي أساس "إدارة الأزمات" والاتصال لأن المخاطر هي نقاط ضعف يمكن أن تحدث وتتطور إلى "أزمات" [...]لا يمكن تجنب جميع المخاطر أو القضاء عليها تماما، ومن ثم، فإن إدارة المخاطر تنطوي على عدد من الاستراتيجيات التي تختلف في قدرتها على منع "الأزمات"، فأساس إدارة المخاطر هو تقييم المخاطر"[2]، يمكن القول بأن إدارة المخاطر علم له إطاره النظري، ويلتقي مع "إدارة الأزمات" في هدف منع الخطر أن يتحول إلى أزمة، باعتبار بأن الخطر سابق للأزمة.

- **إدارة الكوارث:** "تنقسم إدارة الكارثة إلى ثلاث مراحل رئيسية هي: مرحلة ما قبل الكارثة، مرحلة وقوع الكارثة، ثم مرحلة ما بعد حدوث الكارثة، وتضم كل مرحلة من المراحل الثلاث عدة أنشطة"[3]، هناك اختلافات بين عمليتي إدارة الكوارث و"إدارة الأزمات" لخصوصية كل من "الأزمة" والكارثة، لكن يلتقيان في نقطة السيطرة على "الأزمة" أو الكارثة في حال حدوثها والتقليل من آثارهما وتداعياتهما.
- **إدارة النزاع:** يمكن القول بأنه يعني مواقف النزاع التي يتخذها طرفي النزاع تجاه الآخر[4]، يأخذ شكلين الصراع الكامن أو الظاهر، فأما الأول يتضمن "الأزمة"، والظاهر يأخذ أشكاله الصراع.

[1] آسية بلخير، "حوكمة إدارة المخاطر في منظمة الأمم المتحدة"، *المجلة الجزائرية للأمن الإنساني*06 ، ع. 05، (2021):691.
[2] Timothy Coombs, *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing, and Responding* (California: SAGE Publications Inc, 2019).
[3] عزة أحمد عبدالله، "إدارة الكوارث الطبيعية مع تطبيقات على الزلازل والسيول"، *مجلة كلية التدريب والتنمية*، ع.09، (2003): 347.
[4] عبد الكافي، إدارة الصراعات، 39.

الفرع الثالث: نظريات إدارة الأزمات

"إدارة الأزمات" ليست عملية بسيطة، تتداخل فيها مجموعة من النماذج والنظريات، طور مجموعة من الباحثين الغربيين عدة نظريات حول "إدارة الأزمات"، وكل نظرية تعالج "إدارة الأزمات" من زاوية أو أبعاد معينة، وسنتطرق لنظريات "إدارة الأزمات" الأكثر تأثيرا في مايلي:

- **نظرية الإسنادAttribution Theory** : ترتبط بكومبس، تنطلق النظرية من أن الناس يحاولون تفسير أسباب الأحداث و"الأزمات" والكوارث واسناد المسؤولية لشخص أو مؤسسة ما، وهو ما يسبب عديد الأضرار مما يستدعي القيام بمجموعة من الممارسات والاستراتيجيات خلال هذا الوضع[1]. في حين أن كومبس لم يتوقع قوة وسائل التواصل الاجتماعي في تضخيم الضرر الذي يلحق بالسمعة، فالتغريدات والمشاركات الأخرى يمكن أن تكون شكلا ضارا بشكل خاص من الكلمات الشفهية السلبية التي وصفها. قدمت هذه الشبكات مستوى من الاتصال السريع ثنائي الاتجاه بين المستهلكين والشركات لم يكن موجودا في السابق، واختبار قدرة الشركات على التحكم في الرسائل. لذلك، تعد إدارة وسائل التواصل الاجتماعي جزءا أساسيا من "إدارة الأزمات"[2].
- **نظرية اتصالات الأزمات الظرفية Situational Crisis Communication Theory**: ترتبط هي الأخرى بكومبس، إذ يجب على مديري "الأزمات" أولا تحديد مهددات سمعة المؤسسة من خلال تقييم المجموعات الثلاث التي تناسب الأزمة. وهذه المجموعات هي: مجموعة الضحايا (المنظمة ضحية)، مجموعة الكتلة العرضية (المنظمة تسببت في "الأزمة" عن غير قصد)، المجموعة المتعمدة (المنظمة تصرفت بشكل خاطئ عن قصد)، لدى المجموعات احتمالية متصاعدة للإضرار بسمعة الشركة، بسبب مستوى المسؤولية المنسوب إلى الشركة ضئيل أو منخفض أو قوي[3].

بناء على تقييم الموقف ومخاطر السمعة، يعتقد كومبس، أن المنظمة يجب أن تستجيب بإحدى الاستراتيجيات الثلاث: الإنكار، التقليل، إعادة البناء، تسعى هذه الاستراتيجيات للتقليل

[1] Coombs, Ongoing Crisis Communication: Planning.
[2] Andy Marker, “Models and Theories to Improve Crisis Management”, smartsheet, accessed in 24 July, 2021, https://bit.ly/3BTlVRj.
[3] Coombs, Ongoing Crisis Communication: Planning.

من خطورة "الأزمة". في استراتيجية الإنكار لا تتحمل المنظمة أي مسؤولية، أما استراتيجية التقليل تهدف للتقليل من خطورة "الأزمة"، وتميل إعادة البناء إلى الاعتذار[1].

حدد كومبس عشر ممارسات في مجال اتصالات الأزمات، اعتمادا على نظرية الإسناد، هي[2]:

- توفير الاستجابة الأساسية الأخلاقية عندما يكون هناك ضحايا أو ضحايا محتملون، تتضمن الاستجابة الأساسية الأخلاقية توجيه المعلومات في شكل تحذيرات وتوجيهات للأشخاص لحماية أنفسهم من الأذى وتعديل المعلومات في شكل تعبيرات عن مخاوف وإجراءات تصحيحية؛
- استخدم استراتيجيات التقليل "لأزمات" الحوادث عندما لا يكون هناك تاريخ "للأزمات" أو سمعة سابقة غير مواتية؛
- استخدم استراتيجيات التقليل لأزمات الضحايا عندما يكون هناك تاريخ "للأزمات" أو سمعة سابقة غير مواتية؛
- استخدم استراتيجيات إعادة البناء لأزمات الحوادث عندما يكون هناك تاريخ "للأزمات" أو سمعة سابقة غير مواتية؛
- استخدم استراتيجيات إعادة البناء لأية "أزمة" يمكن الوقاية منها؛
- استخدم استراتيجيات التعزيز كمكملات لاستراتيجيات الاستجابة الأخرى؛
- يجب استخدام استراتيجية الاستجابة للضحايا فقط مع مجموعة الضحايا؛
- لتحقيق الاتساق، لا تخلط استراتيجيات الإنكار مع استراتيجيات التقليل أو إعادة البناء؛
- يمكن استخدام استراتيجيات التقليص وإعادة البناء مع بعضها البعض؛
- يتم استخدام الإنكار فقط عندما تكون هناك معلومات خاطئة وأن المنظمة ليس لديها في الواقع أي صلة أو مسؤولية عن "الأزمة".

- **نظرية الاعتذار Theory of Apology** : "تدعم الأبحاث بشكل عام قيمة الاعتذارات في "أزمات" الاتصال [...] يجب أن تختلف الاستجابة "للأزمات" بناء على مقدار المسؤولية التي ينسبها أصحاب المصلحة إلى المنظمة. عندما يقع اللوم على المنظمات بشكل واضح،

[1] Coombs, Ongoing Crisis Communication: Planning.
[2] Ibid.

يجب عليها تقديم الاعتذارات"[1]. طور "كيث مايكل هيريت Keith Michael Hearit" نظرية الاعتذار في كتابه "إدارة الأزمات بالاعتذار" الصادر في 2011، حيث اعتبر بأن الشركات غالبا ما تتجنب الاعتذار لصالح عدم الإدلاء بأي تعليق عام، بسبب مخاوف من أن الاعتذار يزيد مسؤوليتها أو يضعف موقفها في الدعاوى القضائية. ومع ذلك أكد هيريت أن الاستراتيجية التي تحركها العلاقات العامة، والتي تعتذر فيها المنظمة وتسعى إلى أن تكون صريحة، هي أكثر فعالية. في دراسة لـ كومبس و"شيري هولاداي" Sherry Holladay ناقضا ما جاء به هيريت، واعتبرا أن الاعتذار ليس بالضرورة أكثر فعالية في تقليل الضرر بالسمعة، والكلمات الشفهية السلبية بين أصحاب المصلحة الذين ليسوا هم أنفسهم ضحايا[2].

- **نظرية استعادة الصورةImage Restoration Theory :** تعرف بنظرية الإصلاح Repair Theory "يسعى الأشخاص والمنظمات بشكل طبيعي إلى حماية صورتهم العامة أو سمعتهم"[3]. ابتكرها "ويليام بينوا" William Benoit في كتابه الصادر عام 1995 بعنوان "الحسابات والأعذار والاعتذارات: نظرية استعادة الصور"، حدد بينوا خمس عناصر عامة لاستراتيجيات إصلاح الصورة هي: هي الإنكار، التهرب من المسؤولية، الحد من العدوانية، الإجراءات التصحيحية، الاعتذار. يتضمن الإنكار إنكارا بسيطا بالإضافة إلى توجيه اللوم، التهرب من المسؤولية ينطوي على أنواع مختلفة من صنع العذر، الحد من العدوانية يحدث من خلال تقليل أو إعادة تأطير الموقف، أو مهاجمة المتهم، أو تقديم تعويض أو تعزيز (أي إبراز الصفات الجيدة للمنظمة). قد يتخذ الإجراء التصحيحي شكل إصلاح الضرر أو منع تكرار المشكلة. أخيرا، الإماتة يتطلب الاعتراف بالذنب والسعي إلى الغفران (أي الاعتذار)[4].
- **النظرية الوظيفية الهيكلية في إدارة الأزمات Structural Functional Theory in Crisis Management:** تأتي الوظيفة الهيكلية من علم الاجتماع، وتنظر إلى المجتمع على أنه هيكل مكون من مؤسسات تعمل معا للحفاظ على سير العمل ككل، مثل الأعضاء

[1] Joshua M. Bentley, Kimberly R. Oostman, Sayyed Fawad Ali Shah, “We’re sorry but it’s not our fault: Organizational apologies inambiguous crisis situations”, *Contingencies and Crisis Management* 26, no.01, (2017): 139-141.
[2] Marker, Models and Theories.
[3] Bentley, Oostman, Ali Shah, We’re sorry but it’s not our fault, 139.
[4] Ibid.

التي تعمل معًا للحفاظ على عمل الجسم. في "إدارة الأزمات"، تشرح هذه النظرية كيف يعتمد الاتصال التنظيمي على هيكل مكون من شبكات لتدفق المعلومات وتسلسل هرمي للأشخاص الذين يديرون العملية[1].

- **نظرية الفوضى وتأثير الفراشة في إدارة الأزمات Chaos Theory and the Butterfly Effect in Crisis Management:** تأتي نظرية الفوضى من الرياضيات، وترى أن بعض الأنظمة معقدة للغاية لدرجة أن الاختلافات الصغيرة في ظروف البداية يمكن أن تجعلها تتصرف بشكل مختلف تماما وغير متوقع. ألهمت هذه الخاصية مفهوم تأثير الفراشة، حيث يمكن للفراشة التي ترفرف بجناحيها في البرازيل أن تسبب نظريا إعصارا في تكساس، ويمكن لهذه الاحتمالية (للتغيرات الصغيرة أن يكون لها تأثيرات غير متوقعة) أن تجعل هذه الأنظمة تظهر بشكل عشوائي تماما، حتى عندما لا تكون كذلك. قام الباحثون بتطبيق كل من نظرية الفوضى وتأثير الفراشة في "إدارة الأزمات"، على سبيل المثال درسوا المسؤولين الذين وضعوا تنبؤات دقيقة حول الكوارث دون أخذ متغيرات الطقس غير المتوقعة في الحسبان، حدث هذا في الفيضانات الكندية في عام 1997، حيث كان الاتصال غير الدقيق يعني أن العديد من المجتمعات لم تكن مستعدة لحجم الكارثة التي حدثت، وفي عالم الشركات، يمكن أن تظهر نظرية الفوضى حدود السيطرة على التصور العام المتقلب "للأزمة"[2].

- **نظرية أصحاب المصلحة في إدارة الأزمات Stakeholder Theory of Crisis Management:** في عام 2009، نشر "ألباسلان وميتروف وساندي جرين" Alpaslan, Mitroff, and Sandy Green نظرية ركزت على دور أصحاب المصلحة في "إدارة الأزمات"، لقد دافعوا عن إشراك أصحاب المصلحة في الاستعدادات "للأزمات" والاستجابة لها، ليس بسبب قوتهم أو تأثيرهم على القيمة المالية، ولكن بسبب عوامل مثل احتمال حدوث إصابة. يمكن "للأزمات" إعادة ترتيب أهمية مجموعة أصحاب المصلحة، والمديرون الذين يفهمون نظرية أصحاب المصلحة يأخذون في الاعتبار ويدمجون احتياجات وقيم مجموعة من أصحاب المصلحة[3].

[1] Marker, Models and Theories.
[2] Ibid.
[3] Ibid.

- **نظرية المرونة وتخطيط استمرارية الأعمال Resilience Theory and Business Continuity Planning:** ترى نظرية المرونة، التي لها جذورها في علم نفس الطفل، أن وجود عامل أو أكثر من العوامل الوقائية يمكن أن يساعد الأفراد على النجاة من المحن بأقل ضرر. في مجال الأعمال، ساعدت نظرية المرونة على ظهور تخطيط استمرارية الأعمال، والذي يسعى إلى جعل الشركات أكثر مقاومة للفشل. تشبه خطة استمرارية العمل خطة "إدارة الأزمات" من حيث أنها تتوقع حالات الطوارئ والاضطرابات التي يمكن أن تحدث وتحدد الإجراءات اللازمة لاستعادة الحياة الطبيعية في الشركة. وفقا للباحث "باتريس بوزانيل"Patrice Buzzanell ، تحدد نظرية المرونة خمسة عناصر يمكن للشركات أن تزرعها لتقوية قدرتها على التعافي: صياغة الحياة الطبيعية، وتأكيد مرتكزات الهوية، والاستفادة من شبكات الاتصال، وتطبيق المنطق البديل، والتأكيد على المشاعر الإيجابية مع التقليل من أهمية المشاعر السلبية. الإدارة المتكاملة للمخاطر هي ممارسة أعمال أخرى تعزز المرونة، حيث، تتوافق ثقافة الشركة مع المخاطر، وتسعى المؤسسات إلى تقييم المخاطر في جميع أنشطتها بشكل مشترك، وليس بمعزل عن الآخرين، وتدعم الممارسات التي تعتمد على التكنولوجيا هذا التكامل، والنتيجة هي قرارات أفضل للحد من المخاطر للمؤسسة بأكملها[1].
- **نظرية الطوارئ Contingency Theory:** تؤكد نظرية الطوارئ أنه لا توجد طريقة واحدة أفضل لتنظيم أو قيادة شركة، وأن القرارات يجب أن تكون متوقفة على الظروف. يقول الباحثون إن هذا ينطبق بالتساوي في "إدارة الأزمات"، لأن "الأزمات" متقلبة ومعقدة وغير مؤكدة، ويجب على مديري "الأزمات" تكييف استجابتهم لجعلها متوقفة على الموقف، أيضا على قادة "الأزمات" والمتصلون الأخذ في الحسبان مجموعة من العوامل الخارجية، مثل: التهديدات، وبيئة السوق، والدعم الاجتماعي والسياسي، وخصائص أصحاب المصلحة العامين، وتعقيد القضية، أما العوامل الداخلية تشمل خصائص المنظمة والتهديدات الأخرى[2].
- **انتشار نظرية الابتكار Diffusion of Innovation Theory :** توصف نظرية الابتكار بكيف تنتشر الأفكار الجديدة وتصبح مقبولة؟، ابتكر النظرية "لإيفرت روجرز" Evertt

[1] Marker, Models and Theories.
[2] Ibid.

Rogers في كتابه الصادر عام 1962 بعنوان "انتشار الابتكارات"، ووفقا له، فإن أقلية صغيرة من الناس تتبنى في البداية الابتكارات، وعندما يتبنى حوالي 20% من السكان سلوكا جديدا، فإن 70 في المائة من الأشخاص المتبقين سيتبنونه أيضا. أثرت هذه الفكرة على "إدارة الأزمات" من خلال تشكيل الجهود لتغيير السلوك والمواقف في حالات الطوارئ على وجه التحديد، يمكن لنشر نظرية الابتكار تحديد السلوكيات التي يمكن تغييرها بسهولة، والأشخاص الذين قد يتبنون ممارسات جديدة ويؤثرون على الآخرين، والطرق الأكثر فعالية لنشر الأفكار الجديدة. أحد الأمثلة على تطبيق هذه النظرية هو الجهود التي تبذلها وكالات الصحة العامة لجعل الناس يرتدون أقنعة أثناء الجائحة[1].

- **نظرية رأس المال البشري Theory of Human Capital**: تأتي نظرية رأس المال البشري من الاقتصاد، وتؤطر الخصائص الفردية مثل: التعليم، والصحة، ومكان الميلاد، كعوامل تساهم في إنتاجية الفرد ودخله. في "إدارة الأزمات" يمكن أن تؤدي عدم المساواة في رأس المال البشري، مثل: المساوئ في التعليم والرعاية الصحية والتوزيع غير العادل للدخل بين الطبقات والأعراق إلى "أزمات" أو تفاقمها، على سبيل المثال: عندما تنعكس هذه التفاوتات في الأجور المنخفضة أو الوضع الوظيفي، فإن هذه التفاوتات تجعل الشركات عرضة لقضايا التمييز، وتضر بالروح المعنوية، وتضر بالسمعة[2].

الفرع الرابع: نماذج إدارة الأزمات

قدم الباحثين والمتخصصين عديد النماذج "لإدارة الأزمات" منذ نشأة هذا العلم، وتختلف مراحل هذه النماذج من باحث لآخر، سواء في الأدبيات العربية أو الغربية، وفي مايلي بعض أهم النماذج:

أولا: في الأدبيات العربية:

إن محاولة البحث ودراسة نماذج "لإدارة الأزمات" في الأدبيات العربية، أبان بوضوح عن محدودية عديد النماذج المقترحة بالمقارنة مع الأدبيات الغربية، إذ لاحظنا تشابه وتطابق بعض النماذج المقترحة، أو افتقار مراحل هذه النماذج للمعلومات اللازمة، واعتماد أغلب الأدبيات

[1] Marker, Models and Theories.
[2] Ibid.

العربية على نموذج "بيرسون ومتروف" Person and Mitroff والذي سنتطرق له لاحقا، ولعلى أهم نموذجين هما:

أ. **نموذج "نائل المومني"**: قسم مراحل "إدارة الأزمات" إلى أربعة مراحل، هي[1]:

1. **مرحلة التلطيف:** تتضمن الإجراءات الهادفة إلى إزالة مسببات "الأزمة"، وتقليل احتمالية حدوثها ومدى تأثيرها على الانسان والبيئة، وتعتبر من أهم المراحل وأكثرها فاعلية في التعامل مع "الأزمات" بأقل كلفة ممكنة، ونقصد بمرحلة التلطيف منع حصول "الأزمة" قبل وقوعها؛
2. **مرحلة الاستعداد:** تشمل الإجراءات التي تهدف إلى حماية الأفراد والممتلكات من تأثير المخاطر، التي ليس بالإمكان منعها بالكامل من خلال الإجراءات التلطيفية، وتدعو الحاجة إلى اتخاذ إجراءات احترازية إذا كان هناك خطر يوشك على الوقوع، ويستوجب توافر الخطط والإجراءات والمصادر الضرورية التي يجب أن تعد بشكل مناسب قبل وقوع الخطر، لكي تساهم في الاستجابة الفعالة للتقليل من الأضرار المحتملة؛
3. **مرحلة الاستجابة:** تبدأ منذ التنبؤ بقدوم الخطر، وتنتهي باستقرار الأوضاع بعد انتهاء الخطر؛
4. **مرحلة المعافاة:** تبدأ منذ انتهاء مرحلة الاستجابة حتى عودة المجتمع أو المؤسسة للوضع الطبيعي التي كانت عليه قبل حدوث "الأزمة"، وتختلف مدة هذه المرحلة باختلاف عوامل عديدة، ومنها طبيعة "الأزمة" فالإمكانات المادية، ووجود القوى البشرية اللازمة لإعادة الأوضاع إلى طبيعتها.

ب. **نموذج الشعلان:** يعتبر أهم نموذج في الأدبيات العربية، طرحه في كتابه "إدارة الأزمات: الأسس-المراحل-الآليات" في الطبعة الأولى سنة 1999، وأعاد إثراءه في الطبعة الثالثة الصادرة سنة 2012، قسم مراحل "إدارة الأزمات" إلى ثلاثة مراحل، سنحاول تلخيصها في مايلي[2]:

1. **مرحلة التلطيف والتحضير:** إن مرحلة تلطيف حدة "الأزمة" تمثل نشاطات منظمة ومنسجمة للحيلولة دون وقوعها، أو على الأقل تخفيف حدة آثارها التدميرية في حالة عدم القدرة على

---

[1] نائل المومني، *إدارة الكوارث والأزمات* (عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2012)، 33.

[2] الشعلان، إدارة الأزمات، 199-234.

درئها، وهذه المرحلة التي تتبلور فيها مشكلة ما وتتفاقم حتى تنتج عنها "الأزمة"، ولهذه المرحلة عدة متطلبات، أهمها:

- **إنشاء وحدة لإدارة الأزمات:** تقتضي الضرورة انشاء وحدة "لإدارة الأزمات" تحت أي اسم مباشر وغير مباشر، تتولى التصدي "للأزمات" والكوارث تخطيطا وتنفيذا ومعالجة، على أن يتم تنظيمها بشكل جيد يحقق التنسيق بين كافة الأجهزة المعنية، مع إعطائها كافة الصلاحيات. اختيار العاملين في إدارة "الأزمة" يجب أن يكون على أسس سليمة وموضوعية، ومن خلال الاتفاق بين مدير "إدارة الأزمة" ورؤساء الوحدات الوظيفية. يجب إنشاء غرفة عمليات Operation Center تتوفر على نظام اتصالات، ومهيأة لاستيعاب كافة مندوبي الأجهزة ذات العلاقة مع خطوط اتصال مباشرة مع اداراتهم، ولابد من وجود وحدة داخل غرفة المعلومات تعنى باستقبال كافة المعلومات التي ترد أثناء "الأزمة" وتصنيفها وتحليلها مما يساعد على اتخاذ القرار. كما يجب أن يكون موقع غرفة العمليات في مكان استراتيجي ومؤمن، ويخضع بناؤه لجميع معايير السلامة، واشتراطات ومواصفات هندسية دقيقة.
- **إنشاء فرق مهمات خاصة:** تخضع هذه الفرق لتدريب عال على أيدي خبراء في الأمن، والاجتماع، والسياسة، وعلم النفس، ولابد من الاستفادة تدريبا من الدول المتقدمة في هذا المجال.
- **التدريب:** القيام بعقد دورات تدريبية تخصصية لكافة العاملين في "إدارة الأزمة" وللفرق الخاصة، على يد متخصصين وكفاءات مشهود لها.
- **التطوع ومشاركة القطاع الخاص:** يمتلك القطاع الخاص المعدات وإمكانات كبيرة، لذا يجب إيجاد صيغ تعاون لإشراك القطاع الخاص خلال "الأزمات" والكوارث، وتحديد حدود المساعدة التي يمكن أن يقدمها قبل حصول "الأزمات" والكوارث. من جانب آخر يجب الاستفادة من القوى البشرية المخلصة المتطوعة التي من الممكن أن تساعد في عمليات "إدارة الأزمة"، كالإنقاذ أو الاخلاء.
- **التوعية والإعلام:** توعية المواطنين والمقيمين بالدور المطلوب منهم قبل حصول "الأزمات" ضرورة ملحة، ولا يكون إلا عبر التوعية والإعلام، وهو ما يحتم اعداد وتنفيذ خطط إعلامية وتوعوية.

- **التعاون الإقليمي والدولي:** عن طريق التعاون مع المؤسسات الإقليمية والدولية، والاستفادة من تجارب الدول الأخرى.
- **إعداد سيناريوهات الأزمة:** يعتبر السيناريو أساسا للعمل وهو إضافة إلى ذلك تشخيص وعلاج، إذ أنه تصور لما يمكن أن يحدث مع تحديد لردود الفعل المناسبة لكل حدث، وتحديد واضح للأدوار والإمكانات اللازمة للمواجهة.

2. **مرحلة المواجهة:** تعتبر هذه المرحلة الاختبار الحقيقي للخطط المعدة سلفا وللتجهيزات المرتبة مبكرا وللتدريب الذي سبق حدوث "الأزمة"، فبقدر الجهد وحسن التخطيط الذي بذل في المرحلة السابقة يتحدد نجاح "إدارة الأزمة" في عملية المواجهة. وفيمايلي بعض الجوانب التي يفترض أخذها في الاعتبار أثناء مرحلة المواجهة:

- **تنفيذ خطط الأزمات:** تعتبر من أصعب المراحل التي تمر بها "إدارة الأزمة"، وتقوم وحدة "إدارة الأزمات" أو مركز السيطرة والتحكم بوضع خطط المعدة سلفا موضع التنفيذ محاولة الاستفادة من السيناريوهات التي تم إعدادها واختبارها في مرحلة ما قبل "الأزمة".
- **قيادة مركز الحوادث:** الضرورة تستدعي إنشاء فرق أو قيادات لمركز الحوادث، عبارة عن غرفة عمليات مصغرة تكون حلقة وصل بين الحدث ووحدة "إدارة الأزمات"، بحيث ترفع تقاريرها إلى "إدارة الأزمات"، وتتلقى توجيهاتها حيال ما يلزم اتخاذه.
- **المعلومات والاتصالات:** من يملك المعلومات الحقيقية وفي الوقت المناسب، فإنه أقرب إلى النجاح في المواجهة، والعكس صحيح، على كافة العاملين في وحدة "إدارة الأزمات" أن يكون في استعداد كامل للاستجابة للتطورات، يجب أن تصل المعلومات في الوقت المناسب وبالسرعة اللازمة، ويتم تحليلها من قبل مستشارين وخبراء، وعدم إغفال أية معلومة.
- **التعامل مع الإعلام:** للإعلام دور بارز ومؤثر سلبا وإيجابا على تفاعلات "الأزمة"، إذ يجب تخصيص متحدث رسمي على قدر من الكفاءة والتأهيل والخبرة، والابتعاد عن سياسة التعتيم الإعلامي.
- **الوقت وأعراض ستوكهولم:** يجب محاول كسب الوقت خلال "إدارة الأزمة"، واختيار الوقت المناسب للتحرك، مع ملاحظة أن إطالة الوقت بالنسبة لبعض "الأزمات" كاحتجاز الرهائن مثلا قد تحدث ما يسمى بأعراض ستوكهولم، حيث يرجع هذا الاصطلاح إلى عملية احتجاز الرهائن في أحد بنوك ستوكهولم التي قامت بها منظمة إرهابية سنة 1973، حيث طالت

فترة الاحتجاز ونجم عنها تعاطف إحدى المحتجزات مع الإرهابيين، وهي التي تولت المفاوضات مع الشرطة.

- **ضبط وتنظيم التدخلات:** لتفادي التدخلات بين العاملين في وحدة "إدارة الأزمات"، يجب توزيع المسئوليات والصلاحيات بدقة.
- **المصالح وضرورات الأمن:** "إدارة الأزمة" تحتاج لدعم المواطنين وتفهم مختلف الإجراءات والتدابير والقرارات المتخذة، لذا يجب على "إدارة الأزمة" ملاحظة الشعور العام للمواطن، ومحاولة التوفيق بين ضرورات الأمن ومصالح المواطن.

3. **مرحلة إعادة الأوضاع:** نهاية "الأزمة" لا تعني نهاية مراحل "إدارة الأزمات"، بل تأتي هذه المرحلة لإعادة بناء ما تم تدميره وإعادة ترتيب الأوضاع، بالإضافة إلى وضع الضوابط لعدم تكرار ما حدث، والاستفادة من دروس "الأزمة"، وتقييم الخطط والاستراتيجيات وتحديد المسارات والوقوف على مواطن الخلل في الأداء وكوامن التقصير، أيضا يجب تسهل عمل الباحثين للوصول للمعلومات التي تراكمت خلال "الأزمة"، أخيرا العمل على وضع ضوابط لعدم تكرار "الأزمة".

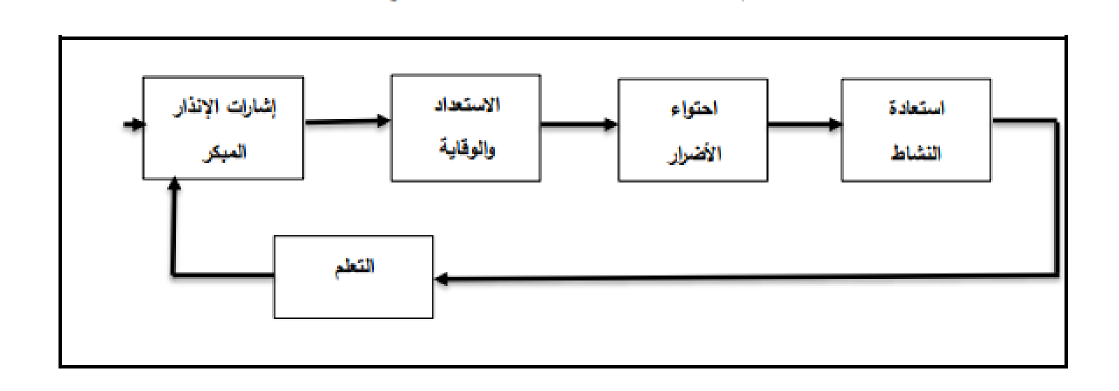
ثانيا: في الأدبيات الغربية:

على عكس الأدبيات العربية تزخر الأدبيات الغربية بمجموعة من نماذج "إدارة الأزمات"، نذكر منها:

أ. **نموذج "كرستين بيرسون وأيان متروف" Christine Pearson and Ian Mitroff**

في سنة 1993 نشر كل من بيرسون ومتروف نموذجهما لإدارة الأزمات، ويعتبر من أوائل النماذج وأفضلها، فقد انتشر في الأوساط العلمية والأكاديمية غربيا وعربيا.

شكل رقم 09: مراحل إدارة الأزمات حسب نموذج كرستين ومتروف



Source: Christine Pearson and Ian Mitroff, “Crisis Prone to Crisis Prepared: A Framework for Crisis Management”, *Academy of Management* 07, no. 1(1993):53.

قسم نموذجها لخمسة مراحل، ويعد من أكثر النماذج تداولا، إذ قامت الكثير من الدراسات بتبني هذا النموذج كما هو، أو الإبقاء على عناوين المراحل مع تطوير المضمون، وتتمثل هذه المراحل في[1]:

1. **مرحلة إشارات الإنذار المبكر:** تدل على "أزمة" تلوح في الأفق من خلال الإشارات المرسلة، ولاحظا بأن كثير من المنظمات تتجاهل هذه الإشارات، وهو ما يشكل تحديا لهذه المنظمات، مستشهدين بانفجار المكوك الفضائي تشالنجر سنة 1986، إذ كانت هناك إشارات إنذار حول عيوب التصميم، ولكن تم تجاهلها؛
2. **مرحلة الاستعداد والوقاية:** تهدف هذه المرحلة لبدل أكبر المجهودات والطرق لمنع حصول "الأزمات"، على المنظمات أن تستعد "للأزمات" بشكل منهجي ومستمر عن طريق التدريب والمحاكاة، وإدارتها بشكل فعال في حال حدوثها مع تشكيل فريق "لإدارة الأزمة" ووضع خطة؛
3. **مرحلة احتواء الضرر:** القصد من هذه المرحلة هو احتواء الأضرار والآثار الناتجة عن "الأزمة"، من خلال الإدارة الفعالة، والتي تشمل تنفيذ الخطة المرسومة؛
4. **مرحلة استعادة النشاط:** تتعلق بتنفيذ الإجراءات التي تجيب على السؤالين التاليين: ماهو الحد الأدنى من الإجراءات والعمليات التي نحتاجها للتعافي وإجراء الأعمال العادية؟، ماهي الملفات والأنشطة والمهام الرئيسية التي يجب أن نؤديها لخدمة أهم ما لدينا؟؛

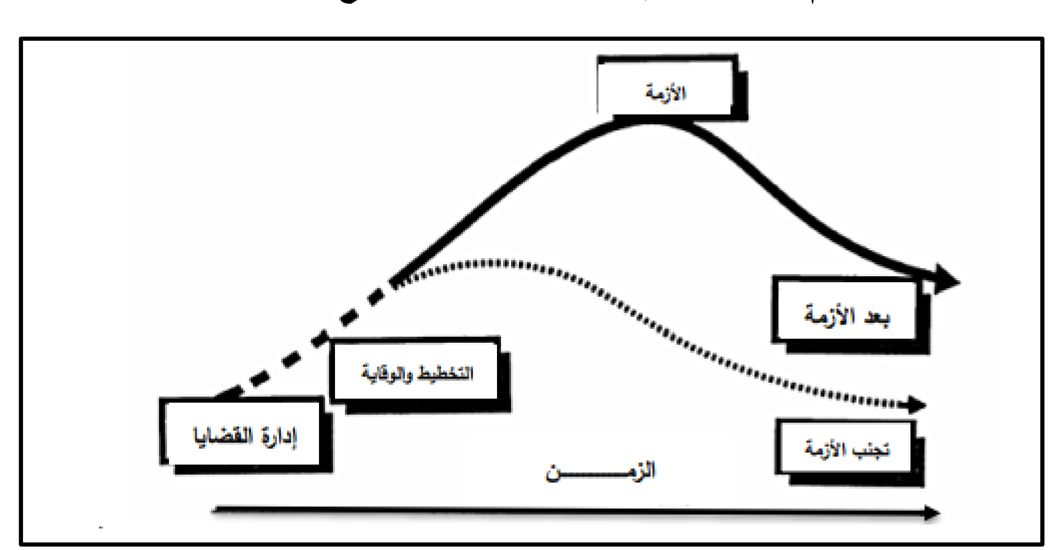
[1] González Herrero and B. Pratt, “An Integrated Symmetrical Model,”, 52-54.

5. **مرحلة التعلم:** تشير إلى التفكير الكافي والتقييم النقدي، وللدروس المستفادة، وقد اعتبرا الباحثين بأنهما وجدا كثير من المنظمات لا تهتم بهذه المرحلة.

ب. نموذج هيريرو، وبرات

في سنة 1996 صدرت دراسة للباحثين بلورا فيها نموذجهما، وعرف هذا النموذج انتشارا واسعا في الأدبيات الغربية.

شكل رقم 10: مراحل إدارة الأزمات حسب نموذج هيريرو، وبرات



Source: Alfonso González Herrero and Cornelius B. Pratt, “An Integrated Symmetrical: Model for Crisis Communications Management”, *Journal of Public Relations Research* 8, no. 2, (1996): 90.

يوضح الشكل تصور الباحثين لمراحل " إدارة الأزمات"، وهي[1]:

1. **مرحلة إدارة القضايا:** المهمة الأولى التي يجب على مدير اتصالات "الأزمات" القيام بها هي المهمة التي تقع تحت إدارة القضايا، تمثل الأنشطة التي يجب أن ينجزها في هذه المرحلة أعلى مستوى من النشاط الاستباقي الذي يمكن أن تقدمه المنظمة، تمكن هذه المرحلة المنظمة والمسيرين من التحكم في البيئة المحيطة والبحث عن القضايا، والوقت اللازم لتحليل المشكلات وتحديد الاستراتيجيات للتحكم فيها؛

2. **مرحلة التخطيط والوقاية:** التخطيط هو حجر الأساس "لإدارة الأزمات"، تحدث مرحلة التخطيط والوقاية بالتزامن مع تلك التي بدأت في مرحلة إدارة القضايا، في المرحلة السابقة

[1] González Herrero and B. Pratt, “An Integrated Symmetrical Model,”, 89-98.

تم الكشف عن المشكلة واتخاذ إجراءات للتأثير على تطورها، أما في هذه المرحلة يجب وضع خطة طوارئ في نفس الوقت الذي تحاول فيه المنظمة التأثير على مسار القضية، مع بدأ ترشيح أعضاء فريق "لإدارة الأزمة"، وإذ تم السيطرة على المشكلة في هذه المرحلة سيتجنب مرحلة "الأزمة" كما هو موضح في الشكل؛

3. **مرحلة الأزمة:** هذه المرحلة تعني ربما فقدان جميع الإجراءات الاستباقية، في حالة عدم وجود خطة للاستجابة أو سوء تعامل مع الموقف، في هذه المرحلة يعين أعضاء فريق "إدارة الأزمة" من الذين تم ترشيحيهم في المرحلة السابقة، كما يعين المتحدث الإعلامي ملم "بالأزمة" مدرب على التعامل مع وسائل الإعلام وأسئلة الصحفيين؛

4. **مرحلة ما بعد الأزمة:** لم تنتهي بعد "الأزمة"، لايزال يتعين متابعة القضية في وسائل الإعلام المتعددة لتقليل الأضرار، وإجراء تقييم نقدي لفريق "الأزمة" وخطته ومدى استجابة الموظفين، مع تحديد حجم الأضرار والخسائر، لتفادي هذه "الأزمة" مستقبلا.

ج. نموذج "جون برينت" John J.Burnett

اقترح برينت نموذجا يتكون من ثلاثة مراحل، مطلقا عليه الإدارة الاستراتيجية، ويشمل مايلي[1]:

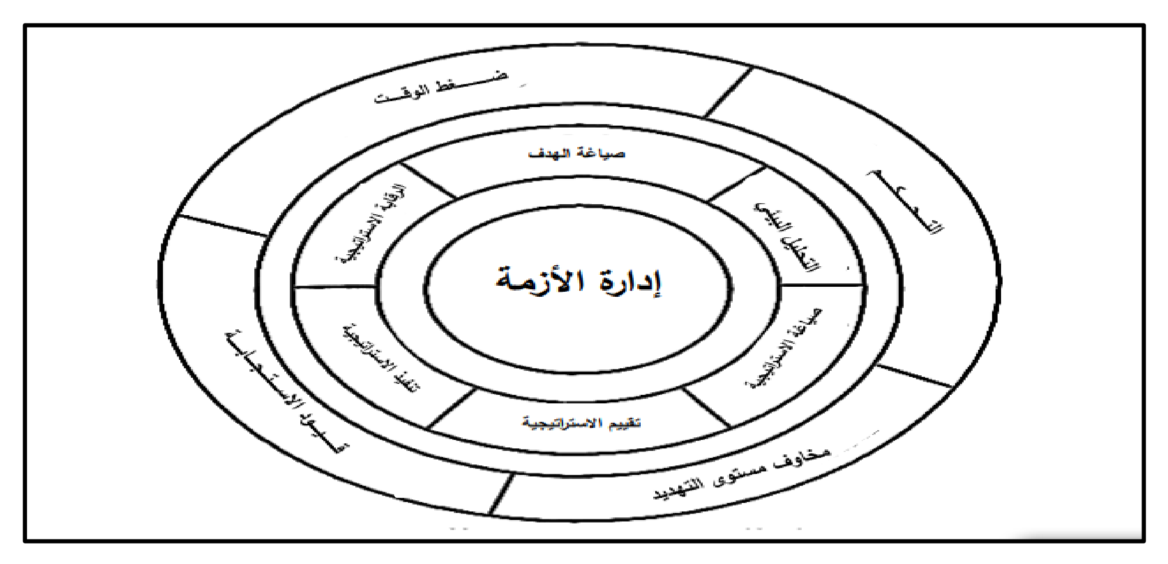
1. **مرحلة التحديد:** وتتكون هذه المرحلة من عنصريين جزئيين هما: صياغة الهدف والتحليل البيئي، الهدف الأساسي لهذه المرحلة هو فهم ما الذي تسبب في "الأزمة"، وتحديد التهديدات المحتملة والتدقيق في احتمال حدوث تهديد وعواقب ذلك من خلال مثلا: العصف الذهني أو تعزيز مهارات التفكير النقدي، وتدور هذه المرحلة أيضا حول تطوير نظام معلومات حساس "للأزمات"؛

2. **مرحلة المواجهة:** تشمل هذه المرحلة صياغة استراتيجية وتقييمها، من خلال التركيز نحو صياغة خطة للطوارئ مع تحديد البدائل وتقييم كل بديل؛

3. **مرحلة إعادة الترتيب:** تتعلق بتنفيذ الاستراتيجية والرقابة عليها، إذ توفر فرص تعليمية هذه المرحلة مثل: مدى فعالية الأداء، حدود التكيف مع التهديدات الغير متوقعة، ما الذي تغير؟، ما الذي يعزز استجابتنا "للأزمات"؟.

[1] J.Burnett, “A Strategic Approach,”, 484-486.

شكل رقم 11: إدارة الأزمات: نظرة استراتيجية



Source: John J.Burnett, “A Strategic Approach to Managing Crises”, *Public: Relations Review*24, no. 5, (1998): 483.

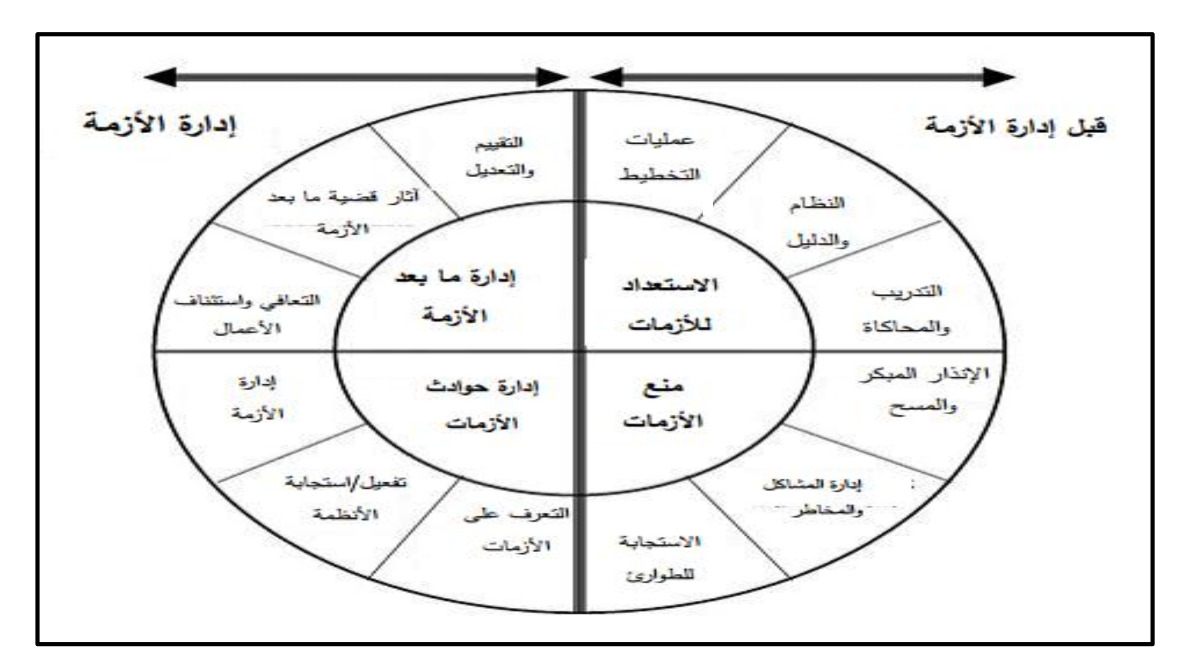
وضع برينت شكلا يتكون من ثلاث دوائر، حيث تشير الدائرة الخارجية لأربع تهديدات تمنع الإدارة الاستراتيجية للأزمات، يجادل الباحث بأن الإدارة الاستراتيجية للأزمات تبدأ فقط عند معاجلة العوامل الأربعة، أما الدائرة الثانية فتعبر عن المراحل الجزئية لكل مرحلة من مراحل إدارة الأزمات.

د. نموذج "توني جاك" Tony Jaques

"في عام 2007، اعترض جاك على فكرة أن "إدارة الأزمات" هي عملية خطية من المراحل المتسلسلة التي تدير فيها المشكلات واحدة تلو الأخرى، وبدلا من ذلك، قال إن العمليات والأنشطة المهمة غالبا ما تتداخل أو تحدث في وقت واحد، مثل منع "الأزمات" والاستعداد لها، ولا تسير دائمًا في اتجاه واحد. على عكس نماذج دورة الحياة، اقترح " جاك أن "إدارة الأزمات" ومجال إدارة المشكلات هما نظامان مترابطان ومتكاملان، تتضمن إدارة المشكلات إنشاء أنظمة للتعامل مع المشكلات، في حين أن المشكلات روتينية أكثر من "الأزمات"، فإنها تتداخل لأن المشكلات يمكن أن تصبح مصدرا "للأزمات" إذا لم يتم التعامل معها بشكل صحيح. يحتوي نموذج جاك العلائقي على أربعة عناصر أساسية: الاستعداد "للأزمات"، ومنع "الأزمات"، وإدارة حوادث "الأزمات"، وإدارة ما بعد "الأزمات"، كل عنصر له مجموعة من الأنشطة والعمليات. وخلص إلى أن فهم العلاقة بين هذه العناصر، ووضعها في سياق إدارة تنظيمية أكبر، يقلل من الخسائر المرتبطة بالأزمات".[1]

[1] Marker, Models and Theories.

شكل رقم 12: النموذج العلائقي لإدارة الأزمات والمشكلات



Source: Tony Jaques, "Issue management and crisis management: An integrated, non-linear, relational construct", *Public Relations Review* 33, no. 2(2007): 150.

ويمكن تلخيص هذه العناصر في:[1]

1. **مرحلة الاستعداد للأزمة:** تتكون من العناصر الجزئية التالية:

- **عمليات التخطيط:** تتطلب التزام الإدارة العليا بالتخطيط، وتحديد الأدوار والمسؤوليات ووضع خطط لمواجهة "الأزمات"؛
- **النظام والدليل:** نظام "إدارة الأزمات"، يشمل البنية التحتية من معدات وموارد ومركز لإدارة "الأزمات"، على عكس الدليل الذي يفتقر لعناصر النظام؛
- **التدريب والمحاكاة:** من خلال وضع برامج للتدريب تحاكي "أزمة"، كالتدريب على مواجهة الحرائق في المدارس، وعمليات إخلاء المكاتب، وأيضا تدريب فرق الشرطة والطوارئ وغيرهم، ويعتقد جاك بأن كثير من المنظمات لا تلتزم بمحاكاة "الأزمات" واختبار الخطط مستشهدا بدراسة استقصائية لجمعية الإدارة الأمريكية لأعضائها وعملائها في أعقاب هجمات 11 سبتمبر 2001، وجدت أن 49 ٪ فقط لديهم خطة "لإدارة الأزمات"، و39 ٪ فقط قاموا بإجراء محاكاة.

[1] Jaques, , "Issue management and crisis management,", 151-155.

2. **مرحلة منع الأزمات:** تشمل التالي:

- **الإنذار المبكر والمسح:** يشمل عمليات مثل: التدقيق، مسح المشكلات، التنبؤ الاجتماعي، المسح البيئي، الإدارة الاستباقية، الدراسات المستقبلية؛
- **إدارة المشاكل والمخاطر:** من الواضح أن إدارة المشاكل وإدارة المخاطر هما نظامان مستقلان لهما نطاق وأهمية استراتيجيتان تتجاوزان مجرد الإنذار المبكر للوقاية من "الأزمات"، أيضا كلا النظامين يشتملان على أنشطة مثبتة للمساعدة في تحديد المشكلات مبكرا وإدارتها بشكل فعال للحد من فرصة تحول المشكلة إلى "أزمة"؛
- **الاستجابة للطوارئ:** من الضروري من المنظور الاستراتيجي الشامل إدراك أن حالة الطوارئ الخطيرة يمكن أن تؤدي إلى "أزمة"، وعلى هذا النحو، فإن الاستجابة السريعة والفعالة للطوارئ هي عنصر أساسي في منع "الأزمات"، يجب أن يكون لكل منظمة معاييرها الخاصة لتحديد متى يمكن أن تصبح حالة الطوارئ "أزمة"، والانتقال من الاستجابة للطوارئ إلى "إدارة الأزمات".

3. **مرحلة إدارة حوادث الأزمات:** تشير هذه المرحلة لمايلي:

- **التعرف على الأزمات:** قد يبدو التعرف على "الأزمة" وتوصيفها أمرا بسيطا وواضحا، لكن الواقع مختلف تماما، فالانتقال من حالة الطوارئ إلى حالة "الأزمة" أمر في غاية الصعوبة، ففي بعض الأحيان يتم تجاهل أو التستر على التحذيرات، أو تفشل الإدارة في التعامل مع المشكلات كحالة طارئة وهو ما يؤدي بالضرورة للتحول نحو حالة "الأزمة"؛
- **تفعيل/استجابة الأنظمة:** من خلال تفعيل نظام "إدارة الأزمات" بشكل فعال وسريع؛
- **إدارة الأزمات:** تشمل اختيار استراتيجية وتنفيذها؛

4. **مرحلة إدارة ما بعد الأزمة:** آخر مرحلة في هذا النموذج، تتمثل في:

- **التعافي واستئناف الأعمال:** في أعقاب أي "أزمة"، هناك رغبة منطقية في المضي قدما في أسرع وقت ممكن لاستئناف العمل كالمعتاد، ويتم تعزيز ذلك من خلال برامج استعادة الأعمال المتاحة بشكل شائع والتي تركز بشدة على البنية التحتية؛
- **آثار قضية ما بعد الأزمة:** قد تكون القرارات المتخذة خلال "الأزمة" لها آثار وتبعات تستمر لأشهر أو سنوات، ويمكن ألا تختفي "الأزمة" نهائيا بل تتحول لمشكلة أو مشكلات تستمر فترة من الزمن، أيضا قد تترتب عن "إدارة الأزمة" متابعات قضائية؛

- **التقييم والتعديل:** تشمل تحليل أسباب "الأزمة"، التقييم، التعلم، بحيث تمثل نهاية كل "أزمة" بداية التحضير "للأزمة" القادمة، والاستعداد أكثر لتحديات المستقبل.

ذ. نموذج كومبس

نشر كومبس نموذجه لأول مرة سنة 2007 وأعاد مراجعته وتنقيحه سنتي 2014 و2020، قسم مراحل "إدارة الأزمات" إلى[1]:

- **مرحلة ما قبل الأزمة:** حدد عناصرها في:
- **خطة إدارة الأزمات:** تعتبر أداة مرجعية وليس مخططا تحتوي بالتفصيل على ما يجب القيام به خلال "الأزمات"، والجمع المسبق للمعلومات، وتحضير فريق "لإدارة الأزمة" في حال حدوثها مع توزيع المسؤوليات والمهام؛
- **فريق إدارة الأزمات:** يتكون فريق "إدارة الأزمات" من متخصصين في العلاقات العامة، القانون، العمليات الأمنية، التمويل، الموارد البشرية، الاتصال، وقد تدفع نوعية "الأزمة" لإضافة متخصصين آخرين، وجب تدريبهم بشكل مستمر؛
- **المتحدث الرسمي:** جزء مهم من فريق "إدارة الأزمات"، إذ يجب تدريب المتحدث خلال "الأزمات" على مهارات التحدث مع وسائل الإعلام، وهي مهارة ذات قيمة عالية، وفي ظل انتشار وسائل التواصل الاجتماعي لابد أن يشمل التدريب مهارات استخدام هذه الوسائل؛
- **مرحلة الاستجابة للأزمة:** يجب ان تكون هناك استجابة سريعة وفعالة لمدير "الأزمة" من خلال الإرشادات التالية:
- كن سريعا وحاول الحصول على استجابة أولية خلال الساعة الأولى؛
- كن دقيقا عن طريق التحقق بعناية من جميع الحقائق؛
- كن متسقا من خلال إبقاء المتحدثين الرسميين على اطلاع بأحداث "الأزمات" ونقاط الرسائل الرئيسية؛
- جعل السلامة العامة الأولوية رقم واحد؛
- استخدم جميع قنوات الاتصال المتاحة بما في ذلك وسائل التواصل الاجتماعي ومواقع الويب والإنترانت وأنظمة الإعلام الاجتماعي؛

[1] Timothy Coombs, "Crisis Management and Communications", Institute for Public Relations, accessed in 02 September, 2020, https://bit.ly/2AWrSRk.

- تقديم بعض التعبير عن القلق والتعاطف مع الضحايا؛
- تذكر تضمين الموظفين في الاستجابة الأولية؛
- كن على استعداد لتقديم المشورة بشأن الإجهاد والصدمات لضحايا "الأزمة" وأسرهم، بما في ذلك الموظفين؛
- **مرحلة ما بعد الأزمة:** الأزمة تجربة تعليمية تقييمية لتثمين النجاحات وما يحتاج لتحسين، وهو ما ينطبق أيضا علة التدريب، يجب أن تكون "إدارة الأزمة" فرصة للتحسين والوقاية والاستجابة "للأزمات" مستقبلا عبر مرحلة ما قبل "الأزمة".

المطلب الثاني: إدارة الأزمات الصحية: المضمون، المراحل ونظام الإدارة

"إدارة الأزمات" بصفة عامة ترتكز على مجموعة من النماذج تناولنا بعضها سابقا، فيما هناك غياب شبه تام لنموذج إدارة "الأزمات الصحية"، نحاول في هذا المطلب بناء نموذج لمراحل "إدارة الأزمات الصحية" من خلال تقديم دراسة متكاملة لهذا النموذج، وقبل ذلك نحاول البحث في نشأة مصلح "إدارة الأزمات الصحية" مع تقديم تعريف له، ثم التطرق لمراحل "إدارة الأزمة" الصحية حسب منظمة الصحة العالمية.

الفرع الأول: إدارة الأزمات الصحية: النشأة والتعريف

سبق وأشرنا بأن علم "إدارة الأزمات "أصبح علما متعدد التخصصات، وقد شمل علوم الصحة العامة تحت مفهوم" إدارة الأزمات الصحية"، خصوصا بعد موجة الأوبئة التي عرفها العالم منذ بداية الألفية، ففي سنة 2002 ظهر فيروس "سارس" بالصين، أما خلال 2003 انتشر وباء "انفلونزا الطيور"، وشهدت سنة 2009 انتشار "انفلونزا الخنازير"، أيضا ظهر في سنة 2013 فيروس "الايبولا" بغينيا، بينما عرفت سنة 2015 ظهور فيروس "زيكا" بالبرازيل، وأخيرا تفشي جائحة "كوفيد−19" مع نهاية سنة 2019 وبداية 2020، هذه الأوبئة ساهمت في تزايد الاهتمام بكيفية إدارة هذه "الأزمات الصحية"، خصوصا أثناء جائحة "كوفيد−19"، وقد وقعت هذه الدراسة على وثيقة أصدرتها أمانة منظمة الصحة العالمية في 23 نوفمبر 2004 بعنوان "الاستجابة لمقتضيات الجوانب الخاصة بالصحة في الأزمات" حددت فيه أسباب "الأزمات الصحية" وكيفية إدارتها من خلال ثلاث مراحل، سيتم تناولها في العناصر اللاحقة.

يعرف " إفستاثيو بانوس" Efstathiou Panos "إدارة الأزمات الصحية" بـ: "تشير إلى وجود خطة عمل تشغيلية منسقة وفعالة لمجموعات معينة من الناس، ويتم تنفيذها في حالة فرض تهديد على صحة المدنيين والأنظمة الصحية، بغض النظر عن السبب والمدى"[1].

ويمكن تعريف "إدارة الأزمات الصحية" **بمجموعة من الإجراءات والقرارات وفق مجموعة من الأدوات والأساليب العلمية، تهدف لمنع وقوع أزمات صحية، والاستعداد الكامل للاستجابة لها في حال حدوثها.**

الفرع الثاني: **مراحل إدارة الأزمات الصحية حسب منظمة الصحة العالمية**

في نوفمبر 2004 نشرت منظمة الصحة العالمية تقريرا من الأمانة "الاستجابة لمقتضيات الجوانب الخاصة بالصحة في الأزمات"، قسمت مراحل "إدارة الأزمات الصحية" إلى ثلاث مراحل هي: التأهب، الاستجابة، الانتعاش، ويمكن اجمالها في مايلي:

أولا: مرحلة التأهب[2]**:**

يكفل التأهب على وجه التحديد لمواجهة "الأزمات" بنية التخفيف من تأثيرها على النظم الصحية للإقلال من المعاناة، وانتشار الأوبئة وعدد الوفيات، ويفي التأهب عموما، بالنسبة للنظم الصحية تأمين مرونة المرافق الصحية وقدرتها على استعادة نشاطها في ظل الظروف الصعبة، وتوفر خدمات الاستشفاء ذات الأولوية –مع التركيز على المصابين، وصحة المرأة، ورعاية الأطفال، والحالات المزمنة–والتدبير العلاجي للأعداد الكبيرة من المصابين، وإخلاء الجرحى وتطبيق إجراءات الحجر الصحي.

والقدرة على إجراء عمليات البحث والإنقاذ واتخاذ التدابير لترصد الأمراض ومكافحتها على وجه السرعة. ومن الشروط الأساسية في هذا الصدد، أن يكون أولئك الذين يتعين عليهم الاستجابة على استعداد لها، ويعتبر التخطيط الدقيق أمرا أساسيا في إسناد المسؤوليات، وإدراك

---

[1] Efstathiou Panos and others, “Crisis Management in the Health Sector: Qualities and characteristics of health crisis managers”, *International Journal of Caring Sciences* 02, no.03 (2009): 105.

[2] منظمة الصحة العالمية، تقرير من الأمانة، *الاستجابة لمقتضيات الجوانب الخاصة بالصحة في الأزمات*، م ت 6/115، (25 نوفمبر 2004)، 02.

التحديات، والبدء بتطبيق إجراءات خاصة، وإيجاد الآليات الاحتياطية. وينبغي أخذ مساهمة المجتمع المدني والمنظمات الحكومية والدولية في الحسبان.

ثانيا: الاستجابة[1]:

ينبغي أن توجه الاستجابة السريعة نحو ضمان بقاء السكان المتأثرين على قيد الحياة وصون عافيتهم. وتشمل العناصر الرئيسة للاستجابة توفير سبل الحصول المنصفة على كميات كافية من المياه النقية، والإصحاح والنظافة والغذاء والمأوى وحماية السكان المتأثرين ضد المرض وأعمال العنف.

ويتعين أن تعطي عملية الاستجابة الأولوية لأشد الناس ضعفا: كالنساء –وخصوصا الحوامل منهن–وصغار الأطفال والمسنين والمعوقين أو المصابين بأمراض مزمنة، وتضطلع وزارات الصحة الوطنية بدور حاسم في تنسيق الإجراءات الصحية المتخذة من قبل المؤسسات الوطنية والوكالات الدولية ومنظمة الأمم المتحدة، حيث يتم، بعد إجراء تقييم سريع للأوضاع الصحية للسكان المعرضين للخطر، وتحديد الأولويات العاجلة، توفير الحد الأدنى من الرعاية الصحية الأساسية، ويجري إصلاح المرافق الصحية المتضررة عندما يكون ذلك أمرا لازما.

كما تشمل الاستجابة توفير اللوجستيات لدعم نشر العاملين الصحيين والمؤن والإمدادات، وتوقع الاحتياجات الأطول أمدا قبل بروزها، ومتابعة التقدم المحرز بصورة منتظمة.

ثالثا: الانتعاش[2]:

تعتبر "الأزمات"، من وجهة نظر صحية، منتهية عندما يتم إصلاح النظم الصحية الأساسية وإعادة بنائها؛ وعندما تحظى الاحتياجات الصحية الرئيسية لأشد السكان تأثرا وضعفا بالاهتمام الواجب؛ ويتم ضمان وجود بيئات الرعاية الصحية لكل من المرضى والعاملين الصحيين، وتشارك المنظمة السلطات الوطنية والوكالات الدولية في رسم خطة انتعاش القطاع والاتفاق عليها، والتي كثيرا ما تشكل المكون الصحي في النداء الموحد المشترك بين الوكالات وتخطيط المراحل الانتقالية. وتركز هذه الخطط على تزويد المحتاجين بأسباب العيش الأساسية، وإصلاح الخدمات في مراكز الصحة الأولية ومستشفياتها، وتأهيل الخدمات المختبرية وبرامج ترصد الأمراض والصحة العمومية.

[1] منظمة الصحة العالمية، تقرير من الأمانة، الاستجابة لمقتضيات الجوانب الخاصة بالصحة في الأزمات، 02-04.

[2] المرجع نفسه، 04.

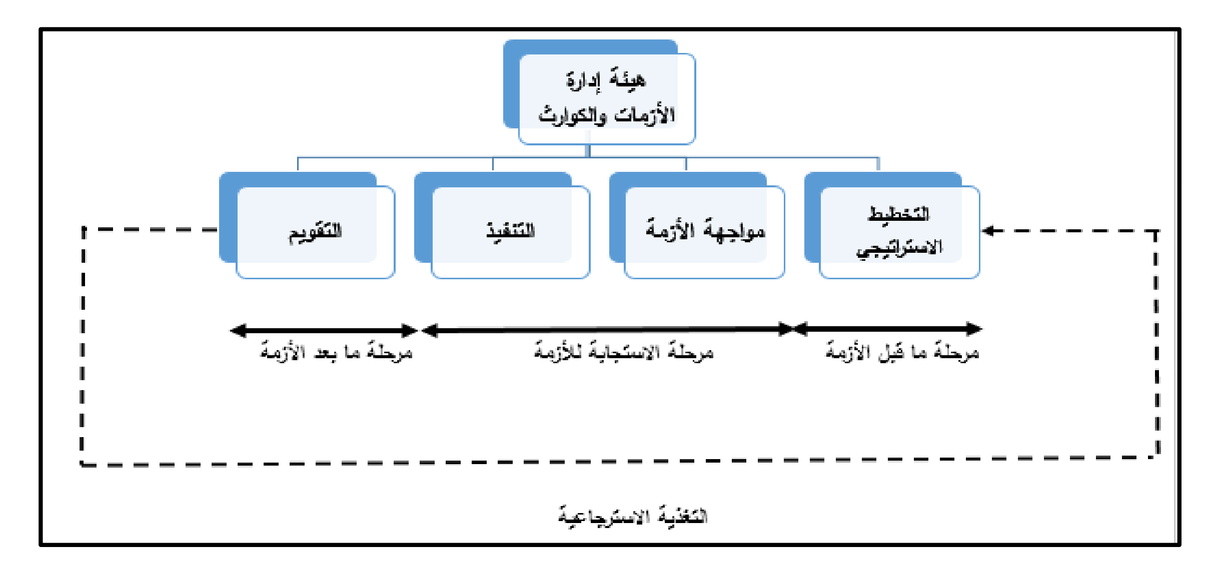
وتشمل تحديد الموظفين الحيويين، وتوفير الدعم لهم وتدريبهم، وتقديم الإمدادات والمعدات الأساسية، وتعد التحالفات التي تؤدي عملها على النحو اللازم أمرا أساسيا إبان الانتعاش من "الأزمات"، حيث إنها تحسن من إمكانيات جمع الأموال بصورة مشتركة والتنظيم الفعال لعملية الانتعاش والتعافي.

الفرع الثالث: نموذج نظام إدارة الأزمات الصحية

لاشك بأن "إدارة الأزمات الصحية" جزء من عملية "إدارة الأزمات" والكوارث، وهنا تختلف الدول في مسمى المؤسسة أو الهيئة التي تشرف على "إدارة الأزمات" والكوارث، ففي الدول المركبة تتمتع الولايات والمقاطعات بصلاحيات كاملة "لإدارة الأزمات" والكوارث التي تتسم بجهوزية عالية للتعامل مع "الأزمات" والكوارث، وفي حال عدم قدرتها تطلب المساعدة من الحكومة الاتحادية، التي تتدخل عبر هيئة اتحادية لمواجهة "الأزمات" والكوارث، كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية، فكل ولاية من الولايات الخمسين تملك هيئة لمواجهة "الأزمات" والكوارث، وفي حال عجزها تطلب المساعدة من الحكومة الفدرالية والتي تتدخل عبر الوكالة الفيدرالية لإدارة الطوارئ، كما هو الحال أيضا بألمانيا فعندما تعجز هيئة "إدارة الأزمات" والكوارث محليا، تتدخل الحكومة الاتحادية عبر المكتب الاتحادي للحماية المدنية والمساعدة في حالات الكوارث.

عادة ما تميل الدول البسيطة لإنشاء هيئة وطنية موحدة "لإدارة الأزمات" والكوارث، كالهيئة الوطنية لإدارة الطوارئ و"الأزمات" والكوارث بدولة الإمارات العربية المتحدة، أو المركز الوطني للأمن و"إدارة الأزمات" بالأردن.

شكل رقم 13: نموذج مقترح لنظام إدارة الأزمات الصحية



المصدر: من اعداد الباحث.

حسب الشكل "فإدارة الأزمات الصحية" تبدأ من هيئة "إدارة الأزمات والكوارث"، وقبل التطرق لكل مرحلة بالتحليل والنقاش وجب التوقف عند مجموعة من النقاط المهمة التي تخص هيئة "إدارة الأزمات والكوارث"، التي تتولى التعامل مع "الأزمات الصحية" تخطيطا ومواجهة وتنفيذا وتقويما بالتنسيق مع الهيئة المشرفة على الصحة، حيث يجب تعيين المشرفين على هذه الأخيرة حسب معايير الكفاءة والشفافية والخبرة، مع إعطائهم كامل الصلاحيات للتعامل مع "الأزمات" قبل وبعد حدوثها، أيضا وجب خضوع بناء الهيئة لشروط الأبنية المقاومة للكوارث الطبيعية، مع تخصيص غرفة عمليات مزودة بأنظمة حديثة للاتصالات والمراقبة، وكذا نظام قواعد لإدارة البيانات.

أولا: مرحلة ما قبل الأزمة:

تمثل هذه المرحلة حجر الزاوية في الاستعداد "للأزمات الصحية"، إذ تتعلق بها مدى قدرة "هيئة إدارة الأزمات والكوارث" على تجنب "الأزمات الصحية"، وحدود الاستجابة في حال حدوث أزمة الصحية، يتم ذلك عبر التخطيط الاستراتيجي* "لإدارة الأزمات الصحية".

* التخطيط الاستراتيجي هو عملية صياغة وتنفيذ القرارات حول الاتجاه المستقبلي للمنظمة، من خلال تحديد عوامل القوة والضعف والفرص والمخاطر وتحليلها، أيضا الإجابة على الأسئلة التالية: أين نحن الآن؟، كيف وصلنا إلى هنا؟، إلى أين نحن ذاهبون؟، أين يجب أن نذهب؟، كيف نصل هناك؟، وفقا لمجموعة من المراحل هي: التحليل والرصد البيئي، صياغة الاستراتيجية، التطبيق، المتابعة والتقييم. لمزيد من التفاصيل أنظر: مجيد الكرخي، *التخطيط الاستراتيجي المبني على النتائج* (قطر: مطبعة الريان، 2014)، 71-84.

"كل من التخطيط الاستراتيجي و"إدارة الأزمات" يتعامل مع المستقبل ونقاط الضعف والمخاطر، كلاهما يتضمن وضع خطة وهياكل تنظيمية وموارد لتنفيذ الخطة [...] التخطيط الاستراتيجي لإدارة الأزمات هو طريقة لدمج الاثنين في عملية تخطيط مرنة، بما يوفر طريقة للتفكير في عالم سريع التغير"[1]. "يتطلب الاستعداد "للأزمة" تحديد وتحليل التهديدات الرئيسية والمخاطر ونقاط الضعف ذا ت الصلة"[2]، وعليه يمكن القول بأن هناك علاقة تكامل بين التخطيط الاستراتيجي و"إدارة الأزمات الصحية"، من خلال وضع خطط استراتيجية للتنبؤ "بالأزمات الصحية" والاستعداد للتعامل معها، بعد إجراء تحليل للتهديدات والمخاطر وتحديد نقاط الضعف.

أ. **التشريعات:**

يجب أن تكون السياسة الوطنية لإدارة الطوارئ مدعومة بالتشريعات التي توجه جميع جوانب هذا المجال، باستخدام نهج إدارة المخاطر، من خلال المراجعة المستمرة لمختلف التشريعات المتعلقة بهذا النهج، وتضمنيها إجراءات إعلان وإنهاء حالة الطوارئ على المستويين الوطني ودون الوطني، مع تحديد أيضا جميع مراحل إدارة الطوارئ: الوقاية، والحد من المخاطر، والتخفيف والاستعداد، والاستجابة والتعافي، وتقييم ما بعد الحدث ومراجعته. يجب أن يضمن التشريع وجود: لجنة رفيعة المستوى متعددة القطاعات لتوجيه وتنسيق إجراءات الطوارئ، كيان تنفيذي لإدارة الأزمات يكون مسؤولا عن تنفيذ الإجراءات المتعلقة بحالات الطوارئ وتقديم التقارير إلى اللجنة الرفيعة المستوى متعددة القطاعات، وموارد كافية لتنفيذ الإجراءات بناء على تقييمات المخاطر[3].

يجب أن ينص التشريع المتعلق بإدارة الطوارئ في قطاع الصحة على نهج شامل للصحة يشمل جميع المخاطر ويغطي جميع مراحل إدارة الطوارئ، بما في ذلك مايلي: الوقاية –بما في ذلك تقييم المخاطر– الحد من المخاطر، تخفيف، التأهب، الاستجابة والتعافي، التقييم المنتظم والتحديث. ويوصي نهج الصحة الكاملة بأن يشمل تخطيط الاستعداد للطوارئ –بالإضافة إلى الموضوعات الشاملة للتنسيق وخدمات المعلومات والدعم– المجالات التالية: البيئة والصحة بما في ذلك سلامة

[1] Vargo and Seville, “Crisis strategic planning for SMES: finding the silver lining,”, 5620-5621.
[2] Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *OECD Risk Management: Strategic Crisis Management*, Charles Baubion, (Geneva, 2012), 09.
[3] WHO, Regional Office for Europe, *Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management*, (2012), file:///C:/Users/pc/Downloads/Full%20Report2.pdf, 09-20.

المياه والصرف الصحي والنظافة، الأمراض المزمنة، صحة الأم والوليد والطفل، الأمراض المعدية، التغذية المنتجات الصيدلانية والبيولوجية، وتقديم الرعاية الصحية[1].

ب. نظام المعلومات والطوارئ:

تعد الحاجة إلى المعلومات السليمة أمرا بالغ الأهمية بشكل خاص فيما يتعلق بالأمراض الناشئة والتهديدات الصحية الحادة الأخرى، حيث يمكن للوعي السريع والتحقيق والاستجابة أن ينقذ الأرواح ويمنع تفشي الأوبئة على المستوى الوطن ي وحتى الأوبئة العالمية، أحد العناصر الرئيسية لنظام المعلومات الصحية هو مراقبة الصحة العامة، هذا العنصر مهم بشكل خاص عندما تفرض الحاجة إلى الإبلاغ والاستجابة في الوقت المناسب، كما ف ي حالة الأمراض الوبائية[2].

إنشاء نظام معلومات يحقق تكامل النظام الصحي من خلال إقامة نظام إبلاغ إلكتروني لشبكة مراقبة الأمراض، هذا النظام هو العمود الفقري لمراكز مكافحة الأمراض في جميع المستويات، مع إنشاء أيضا نظام وطني للصحة العامة في حالات الطوارئ لقيادة نظام المعلومات على جميع مستويات الإدارة الصحية[3].

إن هذا النظام هو بمثابة نظام إنذار مبكر، فهو يسمح برصد "الأزمات الصحية" في بدايتها من خلال متابعة مختلف التغييرات أو بوادر انتشار أمراض معدية قد تكون ذات طابع وبائي، ما يسمح "بإدارة الأزمة" في مرحلة النمو.

ب. خطط التدريب:

يمثل التمرين والتدريب مهمة أساسية للتحضير "للأزمة"، يتم تنظيم تمارين متعددة التخصصات من أجل اختبار خطط الطوارئ والسماح للمشاركين متعددي التخصصات بالتعرف على بعضهم البعض والتنسيق خارج حالة "الأزمات".

---

[1] WHO, Regional Office for Europe, Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management, 09-20.

[2] Ibid, 29.

[3] خطاب، إدارة أزمات الصحة،35.

القيام بعقد دورات تدريبية تخصصية لكافة العاملين في "إدارة الأزمة" وللفرق الخاصة يتم التركيز على دورهم في "الأزمة"...وذلك بغية اكسابهم مهارات معينة وصقل مواهبهم وتنمية قدراتهم لكي يصبحوا قادرين على القيام بأدوارهم خلال "الأزمة" بكفاءة وفعالية[1].

إن التدريب عملية جوهرية ودقيقة، تظهر نتائجه خلال "الأزمات الصحية"، وهو ما يقودنا أولا للحديث عن تدريب الإداريين العاملين بالهيئة المشرفة على "إدارة الأزمات" وقادة كل المؤسسات ذات العلاقة كوزارة الصحة، المستشفيات والحماية المدنية، إذ يجب تنظيم دورات وتمرينات على يد خبراء محليين وأجانب إن تطلب الأمر، مما يكسبهم مهارات وقدرات تسمح لهم بالعمل على تجنب وقوع "الأزمات الصحية" والاستجابة لها في حال وقوعها، فهؤلاء الإداريين هم من سيتشكل منهم فريق أزمة مستقبلا.

يقع على عاتق وزارة الصحة بالشراكة مع الهيئة المسؤولة عن إدارة الأزمات والكوارث وضع استراتيجية تنمية الموارد البشرية، تتضمن تقييم وتحليل كفاءة جميع موظفي قطاع الصحة، يسمح التحليل والتقييم بتحديد مواطن الضعف ومعالجتها بالتدريب والتعليم وإجراءات التوظيف، كما يجب أن يكون لدى وزارة الصحة قاعدة بيانات للقوى العاملة المتاحة على المستوى الوطني، بالإضافة إلى تفاصيل أدوار الموظفين في أي أزمة محتملة، يجب أن تتضمن قاعدة البيانات، على سبيل المثال، الأطباء والممرضات والمسعفين والسائقين والموظفين الإداريين وفنيي المختبرات والمراسلين والمتخصصين في وسائل الإعلام والاتصالات والموظفين المعنيين من المنظمات الصحية العامة والخاصة والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني والمنظمات الدولية و الجيش والشرطة والدفاع المدني[2].

يجب وضع خطط للاستجابة والتدرب عليها تشمل: تنسيق الموارد الصحية، وإدارة موارد ما قبل دخول المستشفى وضمان تفاعل المستشفى، ننشر المعلومات الصحية، وإنشاء مركز لعمليات الطوارئ، وتنسيق الأنشط، واللوجستيات، والتواصل مع الجمهور، تحدد آليات التفعيل والتنسيق

[1] الشعلان، إدارة الأزمات، 210.

[2] WHO, Regional Office for Europe, Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management, 21-22.

والسيطرة، استناد الخطط للموارد المتاحة، أن تكون جزء من السياسة الوطنية وتشرك جميع أصحاب المصلحة المعنيين، مما يضمن الإدارة والتنسيق الفعالين للاستجابة الصحية[1].

بالنسبة لقادة "إدارة الأزمة الصحية"، فمن يتم تدريبه يجب توفر فيه مجموعة من الشروط حسب بانوس قائد مركز العمليات الصحية الوطنية اليونانية، هي[2]:

- من المهم لمديري "الأزمات الصحية" أن يأتوا من القطاع الصحي أو يكون على دراية به، وهو أمر يمكن لمدير "الأزمات" المطلع أن يظل يقظا لأي مشاركة محتملة في أزمة قد يكون لها تأثير خارج إقليمه؛
- تعد معرفة اللغات الأجنبية والإلمام بأنظمة تكنولوجيا المعلومات من الخصائص الأساسية لمدير "الأزمات الصحية"؛
- الإلمام بمجال الصحة ونقاط القوة والضعف فيه، فضلا عن مبادئ وظيفته؛
- التواجد الراسخ في مجال الرعاية الصحية، مصحوبا بالخبرة الكافية.

يقوم مدير "الأزمات" بتدريب أعضاء فريق "إدارة الأزمات" وإعدادهم، ضمن هذا الإطار، من الضروري أن يقوم المدير بتوضيح وتحديد الأدوار والمسؤوليات، مع إظهار تقييم عادل والاحترام والاعتراف بالإنجازات والسلوكيات الإيجابية وتعزيزها على التوالي، من ناحية أخرى، فإن المدير ملزم بفرض الانضباط، توضح الأخطاء وأداء النقد البناء لأعضاء الفريق، تطبيق ما سبق يساعد المدير على إنشاء قيادة قوية للفريق واكتساب قبولا واسعا من قبل زملائه[3].

أيضا تدريب طواقم الإسعاف والحماية المدنية على كيفية التعامل مع "الأزمات الصحية"، خاصة إذا اكتست طابع معدي، فنقل المصابين يتطلب إجراءات حماية ونقل خاصة، مع توفير المعدات اللازمة، مع وضع دليل التعامل مع "الأزمات الصحية" في متناول طواقم الإسعاف والحماية المدنية.

[1] WHO, Regional Office for Europe, Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management, 40.
[2] Panos and others, “Crisis management in the Health Sector,”, 105-106.
[3] Ibid, 105.

إن محاكاة "أزمة صحية" هي أفضل وسيلة لتدريب الإداريين وطواقم الإسعاف وكل المؤسسات ذات العلاقة، تسمح المحاكاة بتعرف جميع المعنيين على بعضهم البعض، وتساهم في صقل المهارات وبناء القدرات، كما ترفع من كفاءة ونجاعة "إدارة الأزمات" الصحية مستقبلا.

ج. خطة اتصالات الأزمة:

تعتبر خطة اتصالات "الأزمات" أحد العناصر الرئيسية في خطة "إدارة الأزمات"[1]، عندما تجد نفسك في موقف تواصل أزموي، فالهدف واحد وهو حماية سمعة المنظمة من خلال توصيل الرسالة الصحيحة في الوقت المناسب وللأشخاص المناسبين، فالاستجابة السريعة والثقة هي الطريقة الوحيدة التي يمكن لمنظمتك من خلالها السيطرة على اتصالات "الأزمة"[2].

للحصول على خطة اتصال استباقية واضحة وموجزة، نحتاج لمبادئ توجيهيه من أجل: الرسالة الصحيحة، لمن يجب إبلاغ الرسالة الصحيحة، من يجب أن يقولها، الوقت المناسب لقول ذلك، كجزء من الخطة، نحتاج لفهم كيفية التواصل داخليا، مع الاتفاق مع العناصر السابقة[3].

تشمل خطة اتصالات لمرحلة قبل "الأزمة" الأسس التالية[4]:

- إعداد الخطط الإعلامية في ضوء الاستراتيجيات العامة "لإدارة الأزمة" وتوجهات السياسة العامة؛
- يتضمن التخطيط المراحل الثلاث (ما قبل "الأزمة"، أثناء، وبعد "الأزمة")، وتكون لكل مرحلة منطلقاتها وأهدافها ووسائل متابعتها وتقييمها؛
- أن تتسم الخطة الإعلامية بالدقة والشمول ووضوح الوسائل والأهداف، وأن تتسم بالمرونة بحيث يستجيب لما قد يطرأ على مسار "الأزمة" من تطورات؛
- الحفاظ في كل مراحل على الصورة الذهنية الإيجابية للمنظمة؛
- أرقام الاتصال مع جميع الأرقام الضرورية؛
- وضع خطة للاتصال؛

---

[1] Devlin, Crisis Management, 359.

[2] Nick Leighton and Tony Shelton, “Proactive crisis communication planning”, *in Crisis communication: practical public relations strategies for reputation management and company survival*, ed. Peter Frans Anthonissen (London: Kogan Page, 2008), p. 28.

[3] Ibid.

[4] فريال بن مزاري، "فعالية الاتصال في إدارة الأزمات في المؤسسات: المنطلقات والأسس"، *مجلة* سوسيولوجيا 03، ع.03، (2020): 255–256.

- مسح بيئي للأحداث ذات الصلة؛
- تعيين متحدث "بإدارة الأزمات".

إن التخطيط لإدارة الاتصال يجب أن يشمل جميع مؤسسات الإدارة الصحية، من خلال تدريب فرق "الأزمات" على الأسس السابقة الذكر، على يد خبراء في مجال اتصال "الأزمة" والعلاقات العامة.

د. المستشفيات والتخطيط لإدارة الأزمات الصحية:

من الأهمية بمكان أن تكون المستشفيات جاهزة لجميع حالات الكوارث، في حين أن هذا قد يبدو وكأنه تناقض لفظي، إلا أن هذا ليس هو الحال حقا، في حين أن المستشفيات مستعدة بشكل عام لحالات الطوارئ المجتمعية اليومية للتعامل مع الصدمات والأحداث الطبية، فإن الغالبية ليست مستعدة جيدا لأي كارثة كبرى مهمة من أي نوع[1].

يجب أن يغطي برنامج الاستعداد للطوارئ في المستشفى جميع أنشطة المستشفى، أي ليس فقط تلك التي تهدف إلى الاستجابة ولكن أيضا للتخفيف وإعادة التأهيل وما إلى ذلك، مع مراعاة جميع المخاطر المحتملة، يشمل البرنامج: التمارين، والتدريب، وتثقيف المجتمع، وإدارة المعلومات، وأنظمة الاتصال والإنذار، ومن الأهمية بمكان الطريقة التي يتم بها تنظيم الموارد العملية والتفاعل، يتلقى الموظفون التعليم والتدريب حول كيفية عمل النظام ليكونوا قادرين على أداء الأدوار الموكلة إليهم[2].

يجب أن يكون لدى المستشفيات خطة قصيرة وطويلة الأمد لإدارة الطوارئ، مع تضمين هذه الخطط في الميزانية بشكل كاف على أساس سنوي مع وضع أهداف مستقبلية طويلة الأجل لنظام تشغيلي مكتفي ذاتيا تماما، كما يجب أن يكون للمستشفيات قائد ديناميكي متعلم ومدرب على إدارة الطوارئ، قادر على تنظيم برامج وإجراء التعليم والتدريب للمنشأة[3].

[1] Robert Muller, “Hospital Management and Disaster Planning”, *in Crisis Management and Emergency Planning Preparing for Today’s Challenges*, ed. Michael J. Fagel (Florida: CRC Press, 2014), 105.
[2] WHO, Regional Office for Europe, Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management, 48.
[3] Muller, Hospital Management, 106.

يجري القائد تحليل سنوي، والأفضل كل ستة أشهر، وعند انتهاء التحليل لابد من إعادة النظر في الخطط والبروتوكولات اعتمادا على المعلومات الجديدة التي تم جمعها من التحليل[1].

بينما تذهب "سوزان نيسلوس" Susan Neisloss إلى ضرورة تكوين "فريق أزمة" على مستوى المستشفى، حيث يمكن "لفريق إدارة الأزمات" الداخلية المدروس جيدا وضع تصور لقائمة من "الأزما"ت المحتملة وغير المحتملة، بالإضافة إلى وضع خطط الاستجابة والاستعداد لها والتدرب عليها[2].

هـ. التعاون الإقليمي والدولي:

هناك مؤسسات رسمية وشبه رسمية وخاصة وتطوعية إقليمية ودولية تعنى "بالأزمات" والكوارث...وتعقد مؤتمرات دورية وتنظم دورات وحلقات علمية تهدف جميعها إلى تطوير قدرات المؤسسات والأفراد والقادة في التعامل مع الكوارث و"الأزمات"، لذا يفترض الاستفادة من هذه الأنشطة العلمية إذ أن ما يقدم في هذه المنديات العلمية من أبحاث ودراسات وعصارة تجارب إنها تهدف إلى زيادة الوعي ورفع مستوى الأداء أثناء "الأزمات" والكوارث[3].

وفي هذا الصدد يمكن القول بأن التعاون الإقليمي والدولي في مجال "إدارة الأزمات الصحية" يفتح آفاقا واسعة للمشرفين على هذه العملية، من خلال دراسة تجارب الآخرين في هذا المجال، ومن بين المنظمات الدولية الناشطة في هذا المجال: منظمة الصحة العالمية، والتي تقدم أنشطة ودورات في هذا المجال، يعتبر "المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث الصحية" بالسعودية أحد أوجه التعاون في هذا المجال.

و. التمويل:

إن نجاح هذه المرحلة تعتمد بشكل كبير على تمويل مختلف العمليات، فتضمين التمويل ضمن الميزانية الوطنية ضرورة ملحة، كما يجب إنشاء صندوق مالي للطوارئ للوصول إليه عندما تتطلب حالة الأزمة استجابة سريعة تستلزم زيادة الإنفاق الصحي غير المنصوص عليه في الميزانية

[1] Muller, Hospital Management, 106.
[2] Susan Neisloss, “Managing Your Hospital's Reputation Putting together a team and a plan, before a crisis occurs, can help to minimize the damage”, Hospitals & Health Networks, accessed in 12 June, 2021, https://bit.ly/3RnsYYl.
[3] الشعلان، إدارة الأزمات، 217.

العادية، هذه الأموال تكون كافية لتلبية معظم الاحتياجات على المدى القصير، كما تكون الإجراءات الإدارية للوصول إلى أموال الطوارئ في حال الأزمات مرنة وشفافة[1].

ز. التخطيط الاستراتيجي لإدارة الأزمات الصحية..أي دور: للدارسات المستقبلية والذكاء الصناعي؟

الدراسات المستقبلية هي: "البحث العلمي عن المآلات المستقبلية للظاهرة المدروسة انطلاقا من مؤشراتها الحاضرة بهدف وصف أو صنع المستقبل"[2]. وتبرز أهمية الدراسات المستقبلية في الأربع نقاط الآتية[3]:

- تهندس خارطة واقعية ومستبقة للمستقبل؛
- توضح البدائل والخيارات الممكنة في الحاضر؛
- تستبق "الأزمات" قبل حدوثها وكذلك تمنح رؤية متبصرة في إدارتها إذا حدثت؛
- تقدم للتخطيط الاستراتيجي أكبر قدر من القوة والتماسك والواقعية.

تعتمد الدراسات المستقبلية على مجموعة من التقنيات للتنبؤ بالمستقبل، نذكر منها: تقنية السيناريو، تقنية المسح والإسقاط، تقنية العصف الدهني، تقنية دلفي، تقنية الألعاب، تقنية الاستقراء، تقنية دولاب المستقبل، تقنية مصفوفة التأثير المتبادل[4].

إن دمج علم الدراسات المستقبلية مع علم "إدارة الأزمات" بصفة عامة و"إدارة الأزمات الصحية" خاصة ليس أمرا هينا أو سهلا، فهذه التقنيات تحتاج لخبراء مدربين على استخدامها، وهم بدورهم يلقنون هذه التقنيات لقادة "الأزمات" وفرقهم، كما تساهم هذه التقنيات في المرحلة التالية فيما يخص اتخاذ القرارات والمفاضلة بين البدائل، يمكن القول بأن التهديدات الصحية المتزايدة عالميا تفرض التوجه نحو الاستعانة بهذا العلم، والذي فرض نفسه في التنبؤ "بالأزمات" السياسية والاقتصادية والمالية.

---

[1] WHO, Regional Office for Europe, Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management, 38.

[2] نبيل كحلوش، "الدراسات المستقبلية ودورها في استشراف وإدارة الأزمات: الأزمة الوبائية لفيروس كورونا كوفيد 19 أنموذجا"، *مجلة الأصالة للدراسات والبحوث* 03، ع. 06، (2021): 132.

[3] المرجع نفسه، 134.

[4] لمزيد من التفاصيل حول هذه التقنيات، انظر: كحلوش، "الدراسات المستقبلية ودورها في استشراف وإدارة الأزمات،"، 142-152.

على غرار الدراسات المستقبلية أصبح الذكاء الاصطناعي* يطرح ضرورة دمجه في عملية "إدارة الأزمات"/"إدارة الأزمات الصحية"، وقد عرف هذا الأخير تطورا بالغا لامس جميع مناحي حياة الإنسان، بالرغم من الجدل الأخلاقي الذي صاحب تطوره حول حلوله محل الإنسان في التفكير والقيام بمختلف الوظائف البشرية.

طرح كل من: "خالد محمد خليل"، "محمد عبد العزيز"، "تيمور ت. نظمي"، "عبد البديع محمد سالم"، ورقة بحثية بعنوان "دور تقنيات الذكاء الاصطناعي في الاستجابة للأزمات"، حددوا فيها أدوار مجموعة من التقنيات، هي[1]:

- **الروبوتات:** هي مجال بحثي متزايد في الاستجابة "للأزمات"، تم اعتماد حلول الروبوتات في مجموعة واسعة من عمليات الاستجابة "للأزمات"، تستخدم الروبوتات على وجه التحديد في عمليات البحث والإنقاذ الحضرية، يتضمن البحث والإنقاذ في المناطق الحضرية تحديد موقع الضحايا المحاصرين في الأماكن الضيقة وإنقاذهم وتحقيق الاستقرار الطبي.
- **الأنطولوجيا أو علم الوجود والويب الدلاليOntology and Semantic Web** : تهدف إلى إدارة ومعالجة المعلومات خلال "الأزمات" والاستجابة لها، وقد تم تطوير عدة نماذج لأنطولوجيا الاستجابة "للأزمات"، مثل: أنطولوجيا الاستجابة الشاملة "للأزمات" كأنطولوجيا المرضى وأنطولوجيا الرعاية الصحية، أيضا نموذج أنطولوجيا الربوتي للبحث والإنقاذ في

* الذكاء الاصطناعي (يطلق عليه اختصارا AI) أحد العلوم التي نتجت عن الثورة التكنولوجية المعاصرة، بدأ رسميا في عام 1956 في كلية دارتموث في هانوفر بالولايات المتحدة الأمريكية، خلال انعقاد مدرسة صيفية نظمها أربعة باحثين أمريكيين: "جون مكارثي"، "مارفن مينسكي"، "ناثانييل روتشسترط و"كلود شانون"، ومن وجهة نظر "جون مكارثي" و"مارفن مينسكي"، كما هو الحال بالنسبة للقائمين الآخرين على المدرسة الصيفية بكلية دارتموث، كان الذكاء الاصطناعي يهدف في البداية إلى محاكاة كل واحدة من مختلف قدرات الذكاء بواسطة الآلات، وذلك من خلال فهم العمليات الذهنية المعقدة التي يقوم بها العقل البشري أثناء ممارسته التفكير وكيفية معالجته للمعلومات، ومن ثم يتم ترجمة هذه العمليات الذهنية إلى ما يوازيها من عمليات حوسبية تزيد من قدرة الحاسب على حل المشاكل المعقدة [...] لكن أهداف الذكاء الاصطناعي لم تتوقف عند هذا الحد، بل أصبح يهدف ليس إلى محاكاة العمليات العقلية للإنسان ومحاولة حوسبتها وفهمها، بل إلى جعل الحواسيب تكتسب صفة الذكاء ويكون لها القدرة على القيام بأشياء كانت إلى عهد قريب حكرا على الإنسان كالتفكير والتعلم والإبداع والتخاطب وغيرها. مليكة مذكور، "الذكاء الاصطناعي ومستقبل التعليم عن بعد"، *مجلة دراسات في التنمية والمجتمع* 06، ع. 03، (2021): 138.

لمزيد من التفاصيل حول الذكاء الصناعي، أنظر:

سامية شهي وآخرون، "الذكاء الصناعي بين الواقع والمأمول" (ورقة بحث قدمت في الملتقى الدولي حول: الذكاء الاصطناعي: تحد جديد للقانون، الجزائر، 26-27 نوفمبر، 2018).

[1]Abdel-Badeeh M. Salem and others, “The Role of Artificial Intelligence Technologies in Crisis Response” (A research paper was presented at 14th International Conference on soft computing that took, Brno, Czech Republic, June 18-20, 2008).

المناطق الحضرية، أخيرا نموذج أنطولوجيا صنع القرار يهدف لدعم المستشفيات أثناء الاستجابة لحدث واسع النطاق من خلال إنتاج خطة طوارئ على شبكة الأنترنت.

- **الأنظمة متعددة العواملMulti-Agent Systems :** هو نظام ذكي يتكون من عدة وكلاء التفاعل الذكي، يمكن استخدامه لحل المشكلات التي يستحيل على وكيل فردي حلها، يمكن للوكلاء مساعدة المستجيبين "للأزمات" في القيام بمهام التخطيط والتنسيق أو حتى استبدال الإنسان في جمع المعلومات ومهام صنع القرار المحددة.

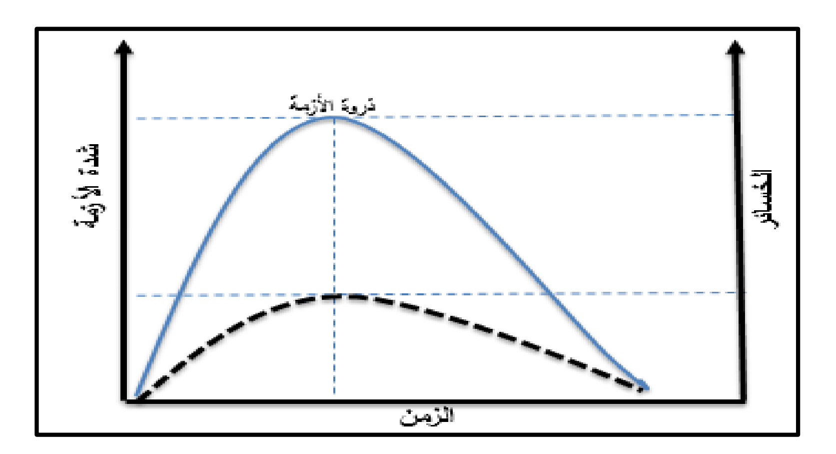
يفتح الذكاء الصناعي آفاقا واسعة "لإدارة الأزمات"، فقد ينجح في التنبؤ "بالأزمات الصحية" من خلال معالجة البيانات في أي نظام إنذار مبكر بسرعة فائقة، كما يساعد في تحسين أداء مديري "الأزمات الصحية" واتخاذ القرارات الصحيحة

ثانيا: مرحلة الاستجابة للأزمة:

تشهد هذه المرحلة ظهور "الأزمة الصحية"، وهو ما يستدعي التعامل معها عبر آليتين هما: مواجهة الأزمة والتنفيذ.

أ. **مواجهة الأزمة:**

شكل رقم 14: تسطيح منحى الأزمة الصحية



المصدر: من اعداد الباحث.

قد يتم الكشف عن "أزمة" ما من خلال مصادر مختلفة، مثل: شبكات المراقبة، وأنظمة الإنذار المبكر، والسلطات العامة، والمواطنين، ووسائل الإعلام، والقطاع الخاص، وما إلى ذلك، قد

تتراكم أيضا بمرور الوقت أو تحدث فجأة[1]، يتم ذكر شكل الاستجابة "للأزمات" بشكل متكرر أكثر من أي موضوع آخر في كتابات "إدارة الأزمات"[2]، بعد ظهور "الأزمة الصحية" يجب أن تكون الاستجابة سريعة، فهذه المرحلة دقيقة والوقت عامل مهم جدا، ومن هنا على الهيئة المسؤولة عن "إدارة الأزمات" وجميع مؤسسات الإدارة الصحية العمل على تسطيح المنحى، مما يختصر دورة حياة "الأزمة الصحية"، ويقلل شدتها والخسائر البشرية كما يوضح الشكل رقم 14.

حيث يتم تفعيل الخطط التي سبق التحضير لها، والتي تبدأ باجتماع فرق "إدارة الأزمات" على مستوى مؤسسات الإدارة الصحية وخصوصا المستشفيات، مع استنفار الهيئة المشرفة على "إدارة الأزمات والكوارث"، والتي تدخل في اجتماع مفتوح بغرفة العمليات بحضور ممثلين عن الأجهزة ذات العلاقة، وتقوم هيئة "إدارة الأزمات والكوارث" بتعيين "فريق أزمة" يشمل فقط من تم تدريبهم سابقا على "إدارة الأزمات الصحية"، يعمل بداية الفريق على جمع المعلومات حول "الأزمة الصحية"، إضافة إلى تفعيل خطط الاتصال مع جميع المستويات والمؤسسات الصحية التي تقع في نطاقها "الأزمة الصحية".

أثناء التطور السريع "للأزمة الصحية"، يجب على المدير تقييم خطورة الأحداث وتحديد أولويات الاحتياجات القادمة، الهدف المشترك هو تأمين صحة السكان، ومع ذلك، فإن التهديدات الصحية تختلف في طبيعتها وتأثيرها، لذا فإن المعالجة السليمة "للأزمة الصحية" تتطلب توزيعا متوازنا للموارد، يجب أن يكون نهج مدير "الأزمة الصحية" دقيقا، ويجب أن يكون تفكيره كذلك يجب أن تكون الخوارزميات والقرارات والإجراءات منسقة ويجب أن تكون التوقعات واقعية[3].

من خلال الاستعداد والتخطيط المناسبين، يكون مدير "الأزمات" قادرا على الوقوف في مقدمة الموقف والتعامل مع التحديات بشكل فعال، المرونة وتجنب الدوغمائية والقدرة على التكيف مع الظروف والقدرة على اتخاذ القرار السريع هي الصفات الأساسية لمديري "الأزمات الصحية"[4].

في كثير من الأحيان، تكون "الأزمات الصحية" معقدة للغاية بغض النظر عن السبب؛ سواء كانت تشير إلى الكوارث الطبيعية أو الأمراض المعدية أو الحوادث أو النزاعات اليومية التي تتعلق بوظيفة نظام الصحة، يحتاج المدير إلى إظهار قدرته على اتخاذ القرار والتصرف دون الكشف عن

---

[1] Baubion, OECD Risk Management, 10.
[2] Coombs, Ongoing crisis communication: planning, managing, and responding.
[3] Panos and others, “Crisis management in the Health Sector,”, 106.
[4] Ibid.

التوتر العاطفي الذي قد يكون مرتبطا بالأحداث، يحتاج إلى الاستقرار النفسي والتوازن الذي سيلهم فريقه، بحيث تستند أي خطط وإجراءات في المقام الأول على عملية التفكير العقلاني والتحليلي[1].

وبعد الحصول على المعلومات اللازمة يقوم "فريق الأزمة" باختيار خطة مناسبة من الخطط التي سبق وضعها والتدرب عليها، ولاشك بأن بعض الخطط قد تحتاج لإجراء تعديلات بحسب الموقف الأزموي.

ب. التنفيذ:

أي القدرة على ممارسة اتخاذ القرارات الناجحة بأسلوب علمي للتعامل مع "الأزمة" لامتصاص "الأزمة" والتوتر واحتواء النتائج المتوقعة. فعملية التشخيص والتحليل والتعرف على أسباب "الأزمة" ومكوناتها تسهل عملية التنفيذ وتساعد على اتخاذ القرارات الرشيدة. ويتضمن التوجيه السليم في "إدارة الأزمات"، شرح طبيعة المهمة، ووصف العمل نفسه، ونطاق التدخل، والهدف والغرض من التدخل، والسلطة المفوضة، والأساليب المتاحة، ويتم ذلك عادة من خلال اجتماع مسبق بأفراد الفريق مع متخذ القرار الإداري، ومن خلال الخرائط والصور، والمخططات لإظهار كيفية تقسيم الأنشطة، ومدى ارتباطها ببعضها البعض[2].

يتعلق التنفيذ أيضا بمدى تنفيذ خطة "إدارة الأزمة الصحية"، مع التحليل المستمر ورصد نقاط الضعف في الخطة والاستعداد الكامل للتدخل بالتعديل ومعالجة نقاط الضعف، ما يتطلب اليقظة المستمرة لقائد و"فريق الأزمة الصحية".

من الصحيح القول بأن "الأزمة" تخلق فراغا في المعلومات، فالطبيعة تكره الفراغ، سيتم ملأ أي معلومات فارغة بطريقة أو بأخرى ومن قبل شخص ما، ووسائل الإعلام لديها مواعيد نهائية، لذلك فهي مدفوعة لملأ فراغ المعلومات بسرعة، ولهذا لابد من خطة اتصال خلال "الأزمة"[3].

يتطلب الاتصال الموثوق الذي يحقق نتيجة متوازنة أثناء "الأزمة" الذكاء والممارسة والسيطرة، يجب أن تمتلك المنظمة المعرفة لفهم القضية المطروحة والجمهور المشترك في وقت مبكر، يجب أن تكون مستعدة للاستجابة في "الأزمات" كما لو كانت طبيعة ثانية، ويجب أن تتحكم

---

[1] Panos and others, “Crisis management in the Health Sector,”, 106-107.

[2] أمينة قهواجي، "دور القيادة الإدارية في إدارة الأزمات"، *مجلة أبعاد اقتصادية* 05، ع. 01، (2015): 311.

[3] Coombs, Ongoing crisis communication: planning, managing, and responding.

في الرسائل عبر منصات الاتصال: وسائل الإعلام المرئية والمسموعة، ووسائل التواصل الاجتماعي، والتبادلات وجها لوجه لضمان استمرارية الرسائل[1].

لذلك يجب تعيين متحدثين رسميين مدربين على كيفية التعامل مع وسائل الإعلام من أعضاء "فريق الأزمات"، على الأقل اثنين، لملأ أي فراغ إعلامي، ولتهدئة الناس وتوجيههم لمختلف الإجراءات التي ينبغي القيام بها، تكمن هنا أهمية نظريات "إدارة الأزمات" وقدرة "فريق الأزمات الصحية" على تطبيقها، خصوصا نظرية "اتصالات الأزمات الظرفية".

لا تتجاهل أبدا قوة وسائل التواصل الاجتماعي، أفاد مركز بيو للأبحاث أن أكثر من 60 في المائة من الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 40 عاما يتلقون أخبارهم من الشبكات الاجتماعية، بما في ذلك Facebook وTwitter، في الواقع، لعب تويتر دورا عمليا في تبادل الاتصالات خلال العديد من "الأزمات" البارزة الأخيرة[2].

مما لا يجب الغفل عنه هو ضرورة أن يواكب "فريق الأزمات" وسائل التواصل الاجتماعي، من خلال نشر المعلومات والبيانات ومختلف التدخلات الإعلامية، والرد على مختلف التكهنات والشائعات، عبر حسابات الهيئة المكلفة "بإدارة الأزمة"، أيضا عبر حسابات أعضاء "فريق الأزمة"، ومختلف الهيئات والمؤسسات الرسمية، وعلى المتحدثين الرسميين البقاء قريبين من فريق "إدارة الأزمات" وجميع الأحداث خلال "الأزمة" مما يسمح لهم بالإجابة على جميع أسئلة الصحفيين[3].

ثالثا: مرحلة ما بعد الأزمة:

بالوصول لهذه المرحلة تكون "الأزمة الصحية" قد تلاشت وتم السيطرة عليها، تشير هذه المرحلة لعنصريين: التقويم والتغذية الاسترجاعية، فأما الأولى تتعلق بإجراء "فريق الأزمة" تحليل شامل "لإدارة الأزمة الصحية"، بداية من البحث عن أسباب ظهور هذه "الأزمة" وفشل التنبؤ بها، إلى إجراء تقييم شامل لأدوار جميع مؤسسات الإدارة الصحية وطواقم الإسعاف والحماية المدنية والأجهزة الأمنية وأجهزة ومؤسسات الدولة ككل.

كما يجري "فريق إدارة الأزمة الصحية" تحليل لمختلف عناصر الخطة التي تم إقرارها، وتقييم مستوى كل عضو في الفريق، في النهاية يتم تدوين التحليل والتقييم في تقرير يرفع للهيئة التنفيذية

[1] Neisloss, Managing Your Hospital's Reputation Putting.
[2] Ibid.
[3] Coombs, Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing, and Responding.

"لهيئة إدارة الأزمات والكوارث"، يتضمن توصيات لترشيد "إدارة الأزمات الصحية" مستقبلا بناء على الاختلالات التي تم رصدها.

التغذية الاسترجاعية هي علاقة متبادلة بين عمليتي التقويم والتخطيط الاستراتيجي، فهذه "الأزمة الصحية" ستصبح محل دراسة مستفيضة وتجربة تعلم لقادة "الأزمة الصحية"، فعملية إدارتها ستلقي بظلالها على مختلف الدورات والتمرينات المخطط لها، كما أن الاختلالات المرصودة تتطلب خطة شاملة لمعالجتها.

خلاصة الفصل الأول

نخلص في ختام هذا الفصل إلى النقاط التالية:

- تتنوع المنظورات التي تناولت مفهوم "الأزمة"، على عكس مفهوم "الأزمة الصحية" لحداثة هذه الأخيرة وقلة الدراسات حولها؛
- أصبح علم "إدارة الأزمات" حقلا معرفيا يشمل مفاهيم ونظريات ونماذج، بينما "إدارة الأزمات الصحية" مزال في مراحله الأولى، فقد بدأ الاهتمام به مع بداية الألفية؛
- نتيجة لقلة الكم المعرفي "لإدارة الأزمات الصحية" حاولنا تقديم نظام شامل لإدارة الأزمات الصحية بالاعتماد على الإطار المعرفي لكل من "الأزمة الصحية" و"إدارة الأزمات الصحية".

الفصل الثاني

إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: الإطار المؤسساتي والتنظيمي

المبحث الأول: إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: المؤسسات والهيئات

المطلب الأول: مؤسسات النظام الصحي

المطلب الثاني: السلطات العمومية

المطلب الثالث: المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى

المطلب الرابع: الوكالة الوطنية للأمن الصحي

المبحث الثاني: إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: الأطر التنظيمية والمخططات التوجيهية

المطلب الأول: الإطار التشريعي/القانوني: تحليل وفحص للمضمون

المطلب الثاني: مخطط نظام الترصد الوطني للأمراض

المطلب الثالث: المخطط الوطني للوقاية والتأهب والاستجابة

المطلب الرابع: مخططات تنظيم النجدة

للاستجابة للأزمات الصحية قبل وأثناء وبعد لابد من توفر منظومة كاملة متكاملة تعنى بإدارتها عبر مختلف مراحل ولادة وتطور الأزمة الصحية، وهو عمل ليس بالسهل كما أوضحه الفصل الأول، لكن ليس مستحيل إذا تضافرت جهود صناع القرار والخبراء والمختصين.

شهدت الجزائر عبر التاريخ الكثير من الأمراض والأوبئة والكوارث الطبيعية، تراوحت شدة المخلفات والآثار البشرية والمادية، وهو ما دفع صانع القرار بعد زلزال الشلف سنة 1980 للتفكير في إنشاء مؤسسات ووضع مخططات وتحديد أدوار مختلف السلطات العمومية، مع صياغة إطار تشريعي يتلاءم والمهددات التي تحيط بالجزائر.

تأسيسا على ما سبق نسعى في هذا الفصل لتحديد حدود مكانة إدارة الأزمات الصحية ضمن المؤسسات الأربعة التي يتناولها المبحث الأول. في المبحث الثاني نتطرق لمضمون الإطار التشريعي القانوني، بداية من الدستور إلى مجموعة من المراسيم والقوانين، كما نبحث في عمل مخططين تشرف عليهما وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والقطاعات الوزارية ذات العلاقة، مع تحديد أيضا نظام عمل مختلف مخططات النجدة.

المبحث الأول: إدارة الأزمات على مستوى المؤسسات

يسعى هذا المبحث لدراسة أدوار مجموعة من المؤسسات تعنى بإدارة الأزمات والمخاطر والكوارث عامة، وتحديد مكانة إدارة الأزمات الصحية ضمن هذا الأدوار بالفحص والتحليل، بداية من مؤسسات النظام الصحي إلى السلطات العمومية، ثم المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى، وأخيرا وكالة الأمن الصحي.

المطلب الأول: مؤسسات النظام الصحي

حسب منظمة الصحة العالمية فالنظام الصحي هو مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة. ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي، في الوقت ذاته، إلى معاملة الناس على نحو لائق[1].

وتقع المسؤولية الأولى فيما يخص الأداء الإجمالي للنظام الصحي الوطني على عاتق الحكومة، غير أن الإشراف الجيد على مستوى المناطق والبلديات وفرادى المؤسسات الصحية يعد كذلك من الأمور الحاسمة الأهمية[2]. من حيث مكونات النظام الصحي نجد[3]:

- الأفراد والجماعات التي تحتاج إلى الخدمات الصحية الشخصية (العنصر البشري)؛
- المكون المهني أو الفني وهذا يتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجيها (الأطباء والممرضون والصيادلة)؛
- المكون الاجتماعي ويتضمن المؤسسات الصحية العامة والخاصة في المجتمع.

وعليه سيبحث هذا المطلب في المكون الاجتماعي، لتحديد مختلف أدوار المؤسسات الصحية العامة في الجزائر، إضافة إلى رصد حدود إدارة الأزمات الصحية ضمن هذه المؤسسات.

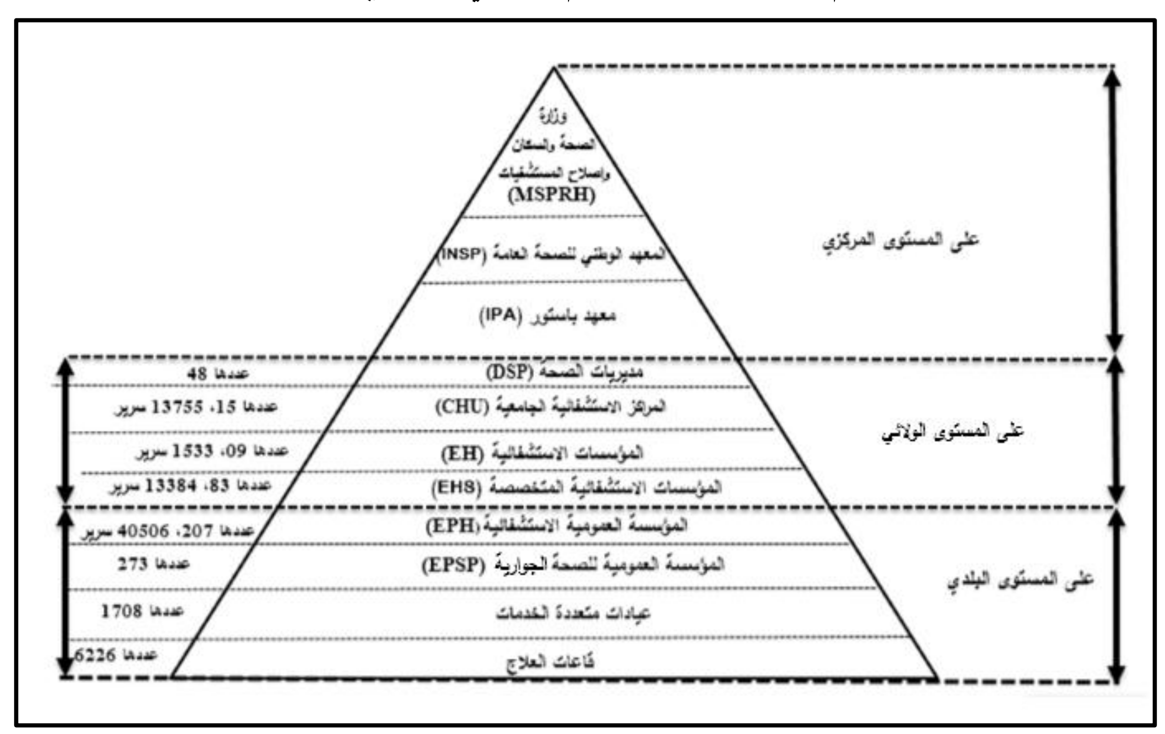
---

[1] "ما هو النظام الصحي؟"، منظمة الصحة العالمية، تصفح في 12 مارس، 2021، https://bit.ly/3Rpgcse.

[2] المرجع نفسه.

[3] نورالدين حاروش، *الإدارة الصحية: دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني* (الجزائر: دار الأمة، 2017)، 75.

شكل رقم 15: مؤسسات النظام الصحي الجزائري



المصدر: من اعداد الباحث، بالاعتماد على:

- نجاة بحدادة، *"تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية"* (مذكرة ماجستير، جامعة تلمسان، 2012)، 158.
- المرسوم التنفيذي رقم 97–465 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997، يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع.81، الصادرة بتاريخ 10 شعبان عام 1418 الموافق 10 ديسمبر سنة 1997).
- مرسوم تنفيذي رقم 07–140 مؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع.33، الصادرة بتاريخ 03 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 20 مايو سنة 2007)، المواد: 02، 03، 06، 07.
- "Etat des Etablissements Publics de Sante", Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, consulté le 10 Décembre, 2020, https://bit.ly/3rghnzz.

يوضح الشكل مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، وتضطلع المؤسسات بمجموعة من الأدوار في مجال الصحة العامة، وسنوضح هذه الأدوار من خلال المستويات التالية:

الفرع الأول: على المستوى المركزي:

أولا: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH):

شكل رقم 16: الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات



Source: “Organigramme du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière”, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, consulté le 10 Décembre, 2020, https://bit.ly/3fsMYvc.

يوضح الشكل مشتملات الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، حيث تتمثل في مايلي:

أ. **الوزير**: ويتمثل دوره في[1]:

- يقترح في إطار السياسة العامة للحكومة وبرنامج عملها، عناصر السياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويتولى متابعتها ومراقبة تنفيذها، طبقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها؛
- الاتصال بمؤسسات الدولة وهيئاتها والوزارات المعنية، والتشاور مع الشركاء الاجتماعيين في مجال الصحة وترقيتها؛
- إعداد الاستراتيجية والسياسة الوطنية وتنفيذها وتقييمها في مجال: الصحة، السكان، المستشفيات؛
- يقترح تنظيم الإدارة المركزية، ووضع كل آلية تنسيق مشتركة بين القطاعات أو كل جهاز استشاري وتشاوري كفيل بضمان تكفل أفضل بالمهام المسندة إليه؛
- يساهم في تكوين وتطوير الموارد البشرية المؤهلة الضرورية لإنجاز نشاطات القطاع، وتقييم احتياجاته من الوسائل البشرية والمادية والمالية الضرورية، ويسهر على إعداد الأحكام القانونية الأساسية المطبقة على موظفي الصحة؛
- يبادر وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بمنظومة الإعلام والاتصال المتعلقة بالنشاطات التابعة لمجال اختصاصه ويضعها ويحدد أهدافها ويعد الاستراتيجيات المرتبطة بها؛
- يساهم في المفاوضات الدولة، الثنائية والمتعددة الأطراف المرتبطة بالنشاطات التابعة لمجال اختصاصه. يسهر على تطبيق الاتفاقيات والاتفاقات الدولية ويتولى، في حدود صلاحياته، تنفيذ التدابير المرتبطة بذلك. يضمن تمثيل القطاع في نشاطات المنظمات والهيئات الجهوية والدولية في ميادين الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

ب. **المفتشية العامة:** حسب الهيكل التنظيمي المنظم لوزارة الصحة يشرف عليها مفتش عام وعشرة مفتشين مساعدين، وتتمثل مهامهم في مراقبة تسير المصالح الصحية، وتوجيه وإرشاد المسيرين. مع متابعة الاستعمال الأمثل للموارد والوسائل.

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 11- 379 مؤرخ في 25 ذي الحجة عام 1432 الموافق 21 نوفمبر سنة 2011، يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 63، الصادرة بتاريخ 27 ذي الحجة عام 1432 الموافق 23 نوفمبر سنة 2011)، المواد: 01، 02، 03، 04، 05، 06، 07، 08، 09، 10.

ج. الأمين العام: يساعده مديرا دراسات، وتتبعه عشرة مديريات هي كالتالي[1]:

1. المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة (DGPPS): تحتاج هذه المديرية لوقفة خاصة نظير الصلاحيات الممنوحة لها في مجال الأخطار الصحية، المادة 02 للمرسوم التنفيذي 11-380 حدد صلاحياتها في خمس نقاط، هي[2]:

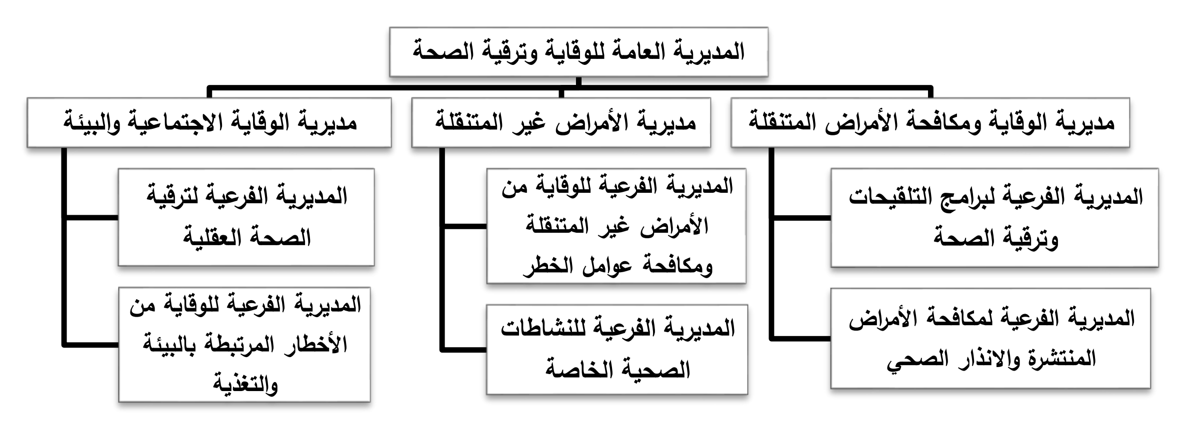
- إعداد السياسة الوطنية لترقية الصحة والسكان وتحسينها والحفاظ عليها وتنفيذ ذلك بالتعاون مع الهياكل المعنية؛
- ضمان المراقبة الوبائية للسكان والاستعداد لمواجهة الأخطار المرتبطة بالأمراض البارزة والأمراض المتجددة والقيام بالمراقبة الصحية على الحدود في إطار اليقظة والإنذار الصحيين؛
- المبادرة بسياسات ومخططات استراتيجية وبرامج المكافحة في ميادين الأمراض المتنقلة المنتشرة والبارزة والمتجددة والأمراض غير المتنقلة والصحة البيئية والصحة في الأوساط الخاصة والقيام بتنفيذها والإشراف عليها، لاسيما في مجال الوقاية؛
- المشاركة في مراقبة تطبيق التشريع والتنظيم في مجال حفظ الصحة فيما يتعلق بالمياه والأغذية والنفايات الاستشفائية؛
- تفعيل التربية الصحية والتحسيس وتنظيمها في مجالات صلاحياتها وخصوصا عن طريق إقامة نشاطات تهدف إلى تقليص عوامل الأخطار وترقية أنماط معيشة سليمة وسلوكات صحية ملائمة.

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 11-380 مؤرخ في 25 ذي الحجة عام 1432 الموافق 21 نوفمبر سنة 2011، يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 63، الصادرة بتاريخ 27 ذي الحجة عام 1432 الموافق 23 نوفمبر سنة 2011)، المواد: 02، 03، 04، 05، 06، 07، 08، 09، 10، 11، 12.

[2] المرجع نفسه، المادة 02 و08.

شكل رقم 17: الهيكل التنظيمي للمديرية العامة للوقاية وترقية الصحة



المصدر: من اعداد الباحث، بالاعتماد على: المرسوم التنفيذي رقم 11-380 مؤرخ في 25 ذي الحجة عام 1432 الموافق 21 نوفمبر سنة 2011، يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 63، الصادرة بتاريخ 27 ذي الحجة عام 1432 الموافق 23 نوفمبر سنة 2011)، المادة: 02.

تتفرع عن المديرية ثلاث مديريات أخرى، وكل مديرية من المديريات الثلاث تتفرع عنها مديريتين، كما يوضح الشكل رقم 17. إجمالا تكلف مديرية الوقاية ومكافحة الأمراض المتنقلة مع المديرتين التابعتين لها بـ[1]:

- إعداد واقتراح مخططات استراتيجية وبرامج ومشاريع الوقاية ومكافحة المراض المتنقلة واقتراحها وتنفيذها؛
- إعداد البرامج الصحية المتعلقة بالتلقيحات الخاصة بالسكان وتنفيذها ومتابعتها وتقييمها؛
- إقامة نظام اليقظة الصحية، بالاتصال مع الهياكل المعنية، خصوصا فيما يتعلق بالأمراض المتنقلة المنتشرة والأمراض البارزة والمتجددة؛
- تحديد المخططات الاستراتيجية والبرامج والمشاريع الرامية إلى حماية الصحة في مختلف مراحل الحياة وتنفيذها، بالتعاون مع الهياكل المعنية.

بينما تكلف مديرية الأمراض غير المتنقلة، إضافة إلى المديريتين المنضوية تحتها، بإعداد وتنفيذ المخططات والبرامج ومشاريع الوقاية من الأمراض المزمنة، مع ضمان ترقية أنماط المعيشة.

[1] المادة 02 و08 من المرسوم التنفيذي رقم 11-380.

أما مديرية الوقاية الاجتماعية والبيئة مع المديريتين الأخريتين، تعمل على إعداد برامج والمخططات والبرامج والمشاريع والتدابير المتعلقة بالصحة العقلية ومكافحة المخدرات وحماية البيئة وترقية الصحة، أيضا الوقاية من أخطار التغذية والأمراض المتنقلة عن طريق المياه.

2. **المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات:** تساهم في إعداد الخريطة الوطنية للصحة وتحيينها، إضافة إلى إعداد واقتراح:
   - البرامج النوعية للعلاج؛
   - المخطط العام للتنظيم الصحي وتنفيذه؛
   - مخطط تنفيذ كل نشاطات ترقية التسيير في مجال: علاج الأشخاص المسنين، الصحة الجوارية، الاستعجالات الطبية الجراحية، تطوير العلاج، مخططات تنظيم الإسعافات والاستعجالات في حالة حدوث كارثة.
3. **المديرية العامة للصيدلة والتجهيزات الصحية:** تكلف بكل ما يتعلق بمجال المواد الصيدلانية والتجهيزات الطبية وتطويرهما.
4. **مديرية السكان:** تكلف بمتابعة النمو الديموغرافي وإدراجه في الاستراتيجيات والبرامج القطاعية للتنمية وتنسيقها، والمبادرة بالدراسات والتحاليل والأبحاث في هذا المجال.
5. **مديرية الدراسات والتخطيط:** المبادرة بالدراسات والمساهمة وإعداد المخططات المتعلقة بالقطاع الصحي وتحيينها وضمان متابعتها.
6. **مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون:** تكلف بإنجاز دراسات قانونية لصالح قطاع الصحة، ومعالجة قضايا المنازعات، وأيضا ترقية ومتابعة كل من التعاون والاتفاقيات الخاصة بالقطاع وتطبيقها، إضافة إلى السهر على احترام إجراءات إبرام الصفقات.
7. **مديرية الموارد البشرية:** تكلف بتحديد ومتابعة سياسة تسيير الموارد البشرية وتقييمها وتنفيذها.
8. **مديرية التكوين:** تكلف بتحديد سياسة التكوين، وإعداد المخطط الاستراتيجي الخاص بالتكوين.
9. **مديرية المالية والوسائل:** تكلف بتسيير الوسائل العامة، وتنفيذ وتقييم ومراقبة الميزانية والتسيير المالي والمحاسبي.

10. **مديرية المنظومات الإعلامية والإعلام الآلي:** تكلف بتحديد استراتيجية وأدوات ومناهج منظومة الإعلام، والتصديق على مخططاتها التوجيهية، كما تعمل على تعميم استعمال تكنولوجيات الإعلام والاتصال، وتطوير شبكة الإعلام الآلي.

د. **رئيس الديوان:** حسب المرسوم التنفيذي رقم 11- 380 يساعده ثمانية مكلفين بالدراسات والتلخيص ويكلفون: بتحضير وتنظيم مشاركة الوزير في النشاطات الحكومية، نشاطات مجالي العلاقات الخارجية والعلاقات مع أجهزة الإعلام، بالإضافة إلى متابعة كل من الملفات المتعلقة: بالممتلكات، الحصائل، البحث في الصحة، الشركاء الاجتماعيين والجمعيات، نشاطات الوزير في مجال العلاقات العامة.

ثانيا: المعهد الوطني للصحة العامة (INSP)

هي مؤسسة إدارية عامة تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي يخضع لإشراف وزارة الصحة، يتمثل دوره في إجراء الدراسات والبحث في مجال الصحة العامة، مما يتيح تزويد وزارة الصحة بالأدوات العلمية والتقنية اللازمة لتطوير المجال الصحي، وبرامج تعزيز الصحة العامة وتنسيقها داخل القطاعات وفيما بينها[1].

تتوزع مهام المعهد الوطني للصحة العامة على خمسة مجالات، هي[2]:

أ. في مجال المعلومات الصحية والتواصل الاجتماعي:

- جمع ومعالجة ونشر كافة المعلومات المفيدة عن السكان وبيئتهم ومشاكلهم الصحية؛
- وضع نظام للمراقبة الوبائية وتقييمه بانتظام ودائم؛
- إجراء دراسات حول التكاليف الصحية؛
- انشاء قاعدة بيانات صحية وأرشيفات والتأكد من تحديثها؛
- تعزيز التواصل الاجتماعي في مجال الصحة.

ب. في مجال مكافحة الأمراض:

- اقتراح برامج المكافحة والوقاية المتعلقة بالأمراض المنتشرة في الدولة؛
- القيام بالمراقبة الفنية وتقويم البرامج؛ مع رفع تقرير بذلك إلى وزير الصحة.

[1] “INSP”, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, consulté le 10 Décembre, 2020, https://bit.ly/3UKDPOR.
[2] “Statuts et Missions sur le Plan Juridique”, Institut National de Santé Publique, consulté le 15 Décembre, 2020, https://bit.ly/3SpEUKs.

ج. في مجال حماية الصحة وتعزيزها:

- التعرف على الاحتياجات والمشكلات الصحية لفئات السكان المختلفة؛
- تطوير نماذج لرعاية السكان المعرضين للخطر؛
- التعرف على مشكلة الصحة البدنية والعقلية للشباب، واقتراح برامج الرعاية والإجراءات التربوية المناسبة؛
- اقتراح إجراءات لحماية وتعزيز صحة البيئة والبيئة، لا سيما من خلال إنشاء نظام للمراقبة.

د. من حيث الأنشطة المخبرية:

- تقديم الدعم الفني للبرامج والإجراءات الصحية لمكافحة الأمراض؛
- مراقبة المياه والأغذية والأدوية ومستحضرات التجميل والمواد السامة؛
- تقديم المساعدة الفنية للمختبرات الصحية المختلفة من حيث طرق وتقنيات المراقبة؛
- تطوير الضوابط العلمية والفنية للدواء.

هـ. من حيث التدريب والبحث في مجال الصحة العامة:

- تنظيم ندوات وورشات عمل التدريب والتطوير؛
- المساهمة في تدريب فئات مختلفة من المهنيين الصحيين مع المعاهد والمؤسسات المعتمدة؛
- إجراء أبحاث حول برامج الصحة العامة؛
- المشاركة في البحث العلمي المتعلق بالمؤسسات الوطنية والدولية المختلفة التي تتعامل مع مشاكل الصحة العامة؛
- تعزيز وضمان نشر أبحاث الصحة العامة والتثقيف حول القضايا الصحية؛
- تقديم خدمات التدريب، خاصة من خلال تنظيم دورات تدريبية؛
- توقيع عقود واتفاقيات التدريب والدراسة والاستشارة مع أي مؤسسة إدارية أو هيئة أخرى؛
- إبرام اتفاقيات تعاون مع المنظمات الوطنية والأجنبية المماثلة والمنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية؛
- المشاركة في الاجتماعات الوطنية أو الدولية والأعمال التي تهم مجال نشاط المعهد.

ثالثا: معهد باستور (IPA):

تأسس معهد باستير بالجزائر العاصمة سنة 1894 لعلاج المصابين بداء الكلب، تغير اسمه في ديسمبر سنة 1909، ليصبح معهد باستير في الجزائر، ويمثل على المستوى الوطني مركزا للأبحاث ومرجعا مهما لجميع الأسئلة المتعلقة بالأمراض المعدية التي تصيب الإنسان أو الحيوان[1].

وظل تابعا لمؤسسة "معهد باستير باريس"Institut Pasteur de Paris حتى سنة 1962، في سنة 1971 أصبح مؤسسة جزائرية، فقد تم إنشاؤه بموجب المرسوم رقم 71-45 الصادر في 21 جوان 1971، كمؤسسة غير ربحية للمنفعة العامة، تغير وضعه في سنة 1994 ليصبح مؤسسة صناعية وتجارية عامة، تحت إشراف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وهو جزء من الشبكة الدولية لمعاهد باستير، التي تضم 33 معهدا باستير حول العالم[2].

أنيطت بمعهد باستير مجموعة من المهام، هي[3]:

- تطوير واقتراح مشاريع وطنية متعلقة بالوقاية والتشخيص والعلاج من الأمراض المعدية والطفيلية والمناعية، ومناقشتها مع المهنيين العاملين في المجال، ورفعها لاعتمادها مع مراقبة تنفيذها؛
- المشاركة في تطوير وتحسين الأساليب والتقنيات والأدوات للوقاية من الأمراض المعدية والطفيلية والمناعة وتشخيصها وعلاجها؛
- المشاركة في تحديد المعايير المرجعية البيولوجية الوطنية، ومناقشتها مع المهنيين العاملين في المجال، وتقديمها لموافقة الهيئة الوصية، وتنظيم ومراقبة تنفيذها؛
- اعتماد ومراقبة مراكز التشخيص البيولوجي التي يتم إنشاؤها كمراكز مرجعية وفقا للاتفاقيات الموضوعة لهذا الغرض والمعتمدة من قبل الهيئة الوصية؛
- القيام بالمكافحة البيولوجية للأمراض الناتجة أو المرتبطة بالأمراض المعدية والطفيلية والمناعية، وجمع المعلومات والتأكد من معالجتها وتحليلها على أساس دوري؛
- إنشاء وتطوير وإدارة مكتبة السلالات وبنك الخلايا ومكتبة الأمصال الوطنية، لتكوين وحفظ التراث العلمي الوطني وإتاحته للمختصين؛

---

[1] “IPA”, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, consulté le 10 Décembre, 2020, https://bit.ly/3UOyjdY.
[2] Ibid.
[3] “Les Missions de l'Institut Pasteur d'Algérie”, Institut Pasteur d'Algérie, consulté le 10 Décembre, 2020, https://bit.ly/3LT88Pe.

- تجميع شروط الاعتراف بمختبرات المعهد، كل في مجال اختصاصه، كمركز مرجعي دولي للوقاية من الأمراض المعدية والطفيلية والمناعة وتشخيصها وعلاجها؛
- العمل بالتعاون مع المعاهد والجامعات المعنية، على التدريب العملي المتعلق بالتعليم بعد التخرج في المجالات التي تدخل في غرضه النظامي والمساهمة في إثراء التعليم الجامعي وبرامج التدريب المتخصصة؛
- المساهمة من خلال استضافة دورات تدريبية في مختبراتها، في تدريب وتطوير وإعادة تدريب العاملين في مختبرات التشخيص البيولوجي في المؤسسات العامة في إطار البرامج المتفق عليها؛
- تطوير برامج البحث العلمي المتعلقة بالوقاية والتشخيص بالتقنيات الحديثة وعلاج الأمراض المعدية والطفيلية والمناعة وتنفيذها؛
- تطوير وتحسين المنتجات والخدمات المتعلقة بأهداف المعهد وكذلك الأساليب والتقنيات المقابلة؛
- توزيع اللقاحات في سياق الوقاية الصحية؛
- تخزين وحفظ وتجديد حصة استراتيجية من اللقاحات تهدف إلى ضمان التغطية الصحية لبعض الأمراض؛
- يحتكر المعهد إنتاج وتسويق اللقاحات للاستخدام البشري.

الفرع الثاني: على المستوى الولائي

أولا: مديرية الصحة والسكان (DSP):

أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المحدد للقواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، يتمثل دورها في تنشيط وتنسيق وتقويم وتنفيذ البرامج الوطنية والمحلية في مجال الصحة خصوصا ما تعلق بالوقاية والعلاج و توفير المواد الصيدلانية، كما تسهر على السير الحسن لجميع المؤسسات الصحية التابعة لإقليم الولاية، وتسهر أيضا على التوزيع المتوازن للموارد البشرية والمادية والمالية، وتتابع وتقوم تنفيذ البرامج المقررة في ميدان التكوين، إضافة

إعداد المخططات الاستعجالية، بالاتصال مع السلطات المعنية، والمشاركة في تنظيم الإسعافات وتنسيقها في حالة حدوث كارثة مهما كانت طبيعتها[1].

جدول رقم 02: مصالح مديرية الصحة حسب الولايات

الولايات	المصالح
الجزائر، وهران، قسنطينة، تيزوزو، باتنة، عنابة، سطيف	مصلحة الموارد البشرية والشؤون القانونية، مصلحة التخطيط والوسائل، مصلحة الهياكل والمهن الصحية، مصلحة الوقاية، مصلحة السكان، مصلحة النشاط الصحي والمنتوجات الصيدلانية
تلمسان، البليدة، تيارت، سكيكدة، سيدي بلعباس، المدية، معسكر	مصلحة الموارد البشرية والشؤون القانونية، مصلحة التخطيط والوسائل، مصلحة الهياكل والنشاط الصحي، مصلحة الوقاية، مصلحة السكان.
الشلف، أم البواقي، بجاية، بسكرة، البويرة، تبسة، الجلفة، قالمة، المسيلة، ورقلة، الطارف، تيبازة، ميلة عين الدفلى، غرداية.	مصلحة الموارد البشرية والمادية والشؤون القانونية، مصلحة الهياكل والنشاط الصحي، مصلحة الوقاية، مصلحة التخطيط والسكان.
أدرار، الأغواط، بشار، تامنغست، جيجل، سعيدة مستغانم، البيض، إيليزي، برج بوعريريج، بومرداس، تندوف، تسيمسيلت، الوادي، خنشلة، النعامة، عين تيموشنت، غليزان، سوق أهراس.	مصلحة الموارد والتخطيط، مصلحة الهياكل الصحية والنشاط الصحي، مصلحة الوقاية.

المصدر: من اعداد الباحث، بالاعتماد على: قرار وزاري مشترك مؤرخ في 15 محرم عام 1914 الموافق 12 مايو 1998، يتضمن المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان في الولاية (الجريدة الرسمة للج. الج. د. ش، ع. 38، الصادرة بتاريخ 08 صفر عام 1914 الموافق 03 يونيو 1998)، المواد: 02، 03، 04، 05.

يوضح الجدول مشتملات مختلف مصالح مديريات الصحة، وتختلف عدد المصالح من مجموعة ولايات إلى أخرى، وتعتبر مختلف مصالح مديريات الصحة حلقة وصل بين المصالح الصحية ومديريات وزارة الصحة، الملاحظ بأن مصلحة الوقاية تتواجد بجميع المديريات، تشتمل على ثلاث مكاتب هي: مكتب متابعة وتقييم البرامج الوطنية للصحة، مكتب الأمراض المتنقلة والغير متنقلة، مكتب الحماية الصحية في الأوساط الخاصة. تختص مصلحة الوقاية بعدد من الأنشطة المتعلق بالوقاية[2]:

[1] المرسوم التنفيذي رقم 97–261 مؤرخ في 09 ربيع الأول عام 1418 هـ الموافق 14 يوليو سنة 1997، يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول عام 1418 هـ الموافق 16 يوليو سنة 1997)، المادة 08 و13.

[2] "مصلحة الوقاية على مستوى مديريات الصحة"، فضاء التسيير الاستشفائي، تصفح بتاريخ 17 نوفمبر، 2021، https://bit.ly/3xWZ0DC.

- تعتبر حلقة وصل بين المؤسسات العمومية للصحة تحت الوصاية ومديرية الوقاية بوزارة الصحة، خاصة في مجال جمع وترتيب المعلومات والإحصائيات وتقييم النشاطات التي تقوم بها هذه المؤسسات في مجال الوقاية؛
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة وذلك بالتنسيق مع مختلف المؤسسات العمومية للصحة خاصة المؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛
- تقييم البرامج الوطنية للصحة بعد تنفيذها؛
- جمع مختلف البيانات والمعلومات والمعطيات الوقائية والعلاجية والوبائية وتصنيفها وترتيبها واستعمالها، والتنسيق بين المؤسسات الصحية في مجال الوقاية من الأمراض والأوبئة وانتشار العدوى؛
- توفير اللقاحات الضرورية للمؤسسات الصحية تحت الوصاية بالتنسيق مع وزارة الصحة ومعهد باستور؛
- مراقبة عملية إيصال مياه الشرب إلى المنازل طبقا لقواعد الحماية الصحية بغية توفير نوعية الماء الملائمة؛
- التنسيق مع مختلف القطاعات الأخرى في مجال الوقاية كالجماعات المحلية (الولاية، الدوائر، البلديات)، مديرية التربية، الجزائرية للمياه، مديرية البيئة والعمران؛
- التنظيم والمشاركة في الندوات والملتقيات والأيام التحسيسية بصفة دورية، مجال الصحة من أجل نشر الثقافة الوقائية والصحية.

ثانيا: المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU):

هناك مرسومين تنفيذيين حددا من جهة؛ القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية ويتعلق الأمر بالمرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986، والمرسوم التنفيذي الثاني فهو المرسوم رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997[1]، مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يكلف بمهام التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتكوين والدراسة والبحث، وذلك بالتعاون مع مؤسسة التعليم أو التكوين العالي في علوم

[1] نور الدين حاروش، *إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية* (الجزائر: دار كتامة للكتاب، 2009)،186.

الطب المعنية، يديره مجلس إدارة ويسيره مدير عام، ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي[1].

ثالثا: المؤسسات الاستشفائية (EH):

حسب المراسيم التنفيذية المنظمة لسير المؤسسات الاستشفائية، لا يختلف دورها عن دور المراكز الاستشفائية الجامعية، مع استثناء التعاون مع مؤسسات وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، يسيرها مجلس إدارة، ويديرها مدير عام يساعده في ممارسة مهامه مجلس طبي.

رابعا: المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)[2]:

مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتكون من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة للتكفل بمرض معين، أو مرض أصاب جهازا أو جهازا عضويا معينا، أو مجموعة ذات عمر معين. وتتكفل بتنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء، بالإضافة إلى تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة، وأيضا المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم. يديره مجلس إدارة ويسيره مدير، ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي.

الفرع الثالث: على مستوى البلدية

تضمن المرسوم التنفيذي 07-140 إنشاء المؤسستين التاليتين:

أولا: المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH):

مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموع بلديات[3]، وبصفة عامة تتكفل بتحقيق الحاجات الصحية للسكان، يسيرها مجلس إدارة ويديرها مدير، وتزود بمجلس طبي كهيئة استشارية[4].

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 97-467 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997، يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع.81، الصادرة بتاريخ: 10 شعبان عام 1418 الموافق 10 ديسمبر سنة 1997)، المواد: 02، 03، 04، 10، 11، 12.

[2] المرجع نفسه، المواد: 02،03، 05، 09.

[3] المرسوم التنفيذي رقم 07-140، المادة 02 و03.

[4] المرجع نفسه، المادة 04 و05.

ثانيا: المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)[1]:

مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان، وتتكفل بالوقاية والعلاج القاعدي والجواري، وإجراء الفحوصات الطبية مع معالجة الأمراض، إضافة إلى تنفيذ البرامج الوطنية في مجال الصحة.

الفرع الرابع: تقييم لدور مؤسسات النظام الصحي في إدارة الأزمات الصحية

فحص وتحليل مضمون مختلف المراسيم التنفيذية والقرارات المنظمة لأدوار مؤسسات النظام الصحي أبان بوضوح عن غياب جهاز إداري لإدارة الأزمات الصحية، عبر جميع مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، وهي المؤسسات المعنية أساسا بإدارة الأزمات الصحية.

فالمستوى المركزي المتعلق بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، يفتقر لمديرية تعنى بإدارة الأزمات الصحية ضمن هيكلها التنظيمي، فقد ركزنا في هذا المستوى على المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة العامة، ذلك لأنها أنيط بها الاستعداد لمواجهة الأخطار المرتبطة بالأمراض البارزة والمتجددة، النص القانوني كان واضحا لم يستخدم مصطلح إدارة المخاطر ولا إدارة الأزمات، فكيف ستستعد المديرية لمواجهة الأخطار الصحية؟، حتى السياسات والمخططات والبرامج التي تعدها المديرية تم حصرها في ميادين الأمراض.

أما مخططات تنظيم الإسعافات والاستعجالات في حال حدوث كارثة، وضعت تحت تصرف المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات، حيث كان على الأقل إلحاقها بمديرية الوقاية، كما تم حصرها وربطها بالكوارث فقط.

بالانتقال إلى المستوى الولائي الذي يضم أربعة مؤسسات، بداية من مديريات الصحة، تم التركيز أيضا على مصلحة الوقاية، فهذه الأخيرة تمثل حلقة الوصل بمديرية الوقاية على مستوى وزارة الصحة، نجد أيضا بأن المشرع أغفل إدراج أي دور لها في إدارة الأزمات الصحية تخطيطا أو استعداد أو مواجهة، فأهم دور لها هو جمع المعلومات والمعطيات والبيانات، وإرسالها لمديرية الوقاية، الملاحظ أيضا بأن المرسوم التنفيذي 97-261 والقرار الوزاري المشترك المتعلق بمديرية الصحة يعود لسنتين 1997 و1998، في عالم معولم عرف علم إدارة الأزمات عموما والقطاع الصحي خاصة تطورا شاملا، لم يتم لحين كتابة هذه الأطروحة إعادة النظر في هذا المرسوم والقرار.

[1] المرسوم التنفيذي 07-140، المواد: 07، 08، 09.

بالنسبة للمؤسسات المتبقية على المستوى الولائي، ومؤسسات المستوى البلدي، يمكن القول بأنها تفتقر لفرق إدارة الأزمات، فكما تناولنا في الفصل الأول، فالمؤسسات الاستشفائية يتولى إدارتها قائد مدرب على إدارة الأزمات، لكن يبقى هذا الدور غائبا لقادة هذه المؤسسات، كما أوضحته المراسيم التنفيذية المنظمة لها.

المطلب الثاني: السلطات العمومية

تتوزع السلطات العمومية في الجزائر بين وزير الداخلية والأجهزة الأمنية والعسكرية، إضافة لجهاز الحماية المدنية، ولكل واحد من هذه السلطات مجموعة من الأدوار والمهام، فما مكانة إدارة الأزمات الصحية ضمن هذه الأدوار والمهام؟.

الفرع الأول: صلاحيات وزير الداخلية

يحدد المرسوم التنفيذي رقم 94-247 المؤرخ في 10 أوت 1994 المحدد لصلاحيات وزير الداخلية والجماعات المحلية والإصلاح الإداري المهام التي يضطلع بها الوزير فيما يتعلق بقضايا الأمن العمومي، إذ تنص المادة 3 من المرسوم على أن وزير الداخلية يتولى وضع تصور لأعمال الوقاية والمكافحة والرقابة، التي تدخل ضمن أمن الإقليم والنظام العام وتسييرها وتقويمها وتنسيقها، وتسمح هذه المادة أيضا لوزير الداخلية بالمشاركة في تحديد السياسة الوطنية في مجال أمن الإقليم وتنفيذها وتقويمها، ويقوم بالتنسيق العام في ميدان أمن الإقليم[1].

كما تتمثل مهمات الوزير ذات الطابع الاستعجالي، بموجب المادة العاشرة من المرسوم فيما يلي[2]:

- يتخذ أي تدبير ويبادر بمعية الهياكل المعنية بأي عمل، في مجال المساعدة والإعانة والنجدة، من شأنه أن يواجه النكبات والجوائح والكوارث؛
- يعد أي مخطط يتعلق بتنظيم نجدة السكان والأملاك.

وفي مجال الحماية المدنية تتمثل مهمة وزير الداخلية والجماعات المحلية والبيئة الإصلاح الإداري فيما يأتي[3]:

---

[1] صورية شريف، "الاطار القانوني لإدارة الكوارث الطبيعية في الجزائر"، *مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية والسياسية* 1، ع.9، (2018): 367.

[2] المرجع نفسه.

[3] المرجع نفسه.

- يسهر على حماية الأشخاص والأملاك من أخطار الكوارث أو النكبات أو الكوارث التي يتسبب فيها الإنسان أو الطبيعية؛
- يدرس تدابير الحماية المدنية على الصعيد الوطني وينشطها ويراقبها؛
- ينشط مخططات الوقاية من أخطار الكوارث ويراقبها؛
- ينسق مخططات تنظيم التدخلات والنجدات في حالة وقوع كوارث؛
- ينسق العمل الميداني الذي تقوم به مصالح الحماية المدنية ويراقبه؛
- يشارك في تنفيذ برامج الدفاع المدني.

الفرع الثاني: صلاحيات الوالي ورئيس المجلس الشعبي البلدي

إضافة لدور الوالي ورئيس المجلس الشعبي البلدي في إطلاق مخطط النجدة، يضطلع كل من هما بمجموعة من الأدوار، هي:

أولا: الوالي:

بما أن الصحة العامة لها صلة وثيقة مع مجموعة من القوانين الخاصة بالبيئة والمياه والتجارة والسياحة، فقد جعلها المشرع تخضع لرقابة الوالي، واقر له بصلاحيات عدة لحماية الصحة للمواطنين على المستوى المحلي، ووضع تحت تصرفه العديد من الوسائل والتدابير التي تهدف إلى الوقاية الصحية بمساعدة المصالح المختصة التابعة للدولة مثل تنظيم حملات التوعية الصحية ومكافحة الأمراض المتنقلة وتنظيم ملتقيات لها صلة بالأمراض المعدية، والمساهمة في إعداد المخطط الوطني لتطوير القطاع الصحي، وإعداد الخريطة الصحية، وتجهيز الهياكل والمستشفيات ومخابر حفظ الصحة[1].

يعد الوالي سلطة ضبط إداري عام وخاص على المستوى المحلي، ويظهر دوره في مجال المحافظة على النظام العام الصحي [...] الوالي مسؤول على المحافظة على النظام والأمن والسكينة العمومية، فسلطات الضبط الإداري تقوم على اتخاذ الإجراءات والتدابير الوقائية، والعلاجية لحماية المواطنين من مخاطر الأوبئة والأمراض المتنقلة التي تهدد صحتهم، فسلطات الضبط تستطيع إغلاق أي محل أو مقر لا يتوفر على الشروط الصحية[2].

---

[1] ناجي عبد النور، "دور الجماعات الإقليمية في الجزائر في إدارة مخاطر الكوارث الصحية: فيروس كورونا كوفيد 19"، *مجلة العلوم القانونية والسياسية* 11، ع.02، (2020): 414.

[2] المرجع نفسه.

ثانيا: رئيس المجلس الشعبي البلدي:

في ميدان الرعاية الصحية خصص المشرع الفصل الرابع من الباب الثاني من قانون البلدية رقم 11/10 للنظافة وحفظ الصحة، حيث تتكفل البلدية بحفظ الصحة والمحافظة على النظافة العمومية في المجالات التالية: توزيع المياه الصالحة للشرب، صرف المياه القذرة والنفايات الجامدة الحضرية مكافحة ناقلات الأمراض المعدية، نظافة الأغذية والأماكن والمؤسسات التي تستقبل الجمهور، وهذا ما أدى إلى تأسيس مكاتب لحفظ الصحة ونظافة البلدية، للسهر على نظافة المواد الاستهلاكية المعروضة للبيع[1].

كما توجد اختصاصات أخرى مرتبطة بحماية الصحة العمومية واردة في قانون رقم05/85، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها المؤرخ في 1985/2/16، حيث أناط المشرع للبلدية مهام عديدة بموجبه تدخل ضمن مفهوم حماية الصحة العمومية نذكر منها أن البلدية تتخذ كافة الإجراءات المناسبة لتطبيق تدابير النظافة ومحاربة الأمراض الوبائية ومكافحة تلوث المحيط، وتتولى تطبيق الإجراءات التي تهدف إلى ضمان احترام القواعد والمقاييس الصحية في جميع أماكن الحياة، كما تشارك في حملات وأعمال الوقاية من الأمراض المعدية والآفات الاجتماعية التي تنظمها الهياكل الصحية ومستخدميها إلى جانب السلطات العمومية الأخرى، تشارك في تمويل برنامج الوقاية والنظافة والتربية الصحية، بل يجوز لمصالح الصحة أن تطلب من البلدية المساهمة في تمويل الإنجازات ذات الطابع الصحي. يبادر رئيس المجلس البلدي في الوقت المناسب باتخاذ التدابير الملائمة عند ظهور الوباء والقضاء على أسباب ظهور الأمراض في مصدرها الأصلي، كما يبادر رئيس المجلس الشعبي البلدي بوضع أي مريض رهن الملاحظة بمصلحة طبية متخصصة وهذا حماية للمجتمع من الأخطار التي قد يسببها هذا المريض[2].

الفرع الثالث: الهياكل الأمنية والعسكرية

بموجب المرسوم رقم 72 –92 المؤرخ في 31 أكتوبر 1992 تم تحديد مهمات وهيكلة المديرية العامة للأمن الوطني، وتنص المادة 2 من المرسوم على أن المديرية مكلفة بـ: السهر على احترام القوانين والتشريعات، ضمان حماية الأشخاص والممتلكات، وأيضا الوقاية من كل أشكال الاضطرابات التي تهدد النظام العام. وانطلاقا من هذه المهام نلاحظ أن الأمن الوطني يساهم مباشرة

[1] ناجي، "دور الجماعات الإقليمية،"، 413.

[2] المرجع نفسه، 414.

في الأمن الداخلي للبلاد، وهذه الوظيفة تتدعم وتتقوى أكثر في الحالات التي تصبح فيها حياة المجتمع في خطر بسبب حالات الأزمات الطارئة التي قد تحدث نتيجة كوارث طبيعية أو تكنولوجية أو صناعية[1].

كانت أولى مساهمات الجيش الشعبي الجزائري في الأزمات والكوارث خلال زلزال الأصنام 1980، حيث بدل أفراد الجيش جهودا كبيرو في عمليات الإنقاذ وإغاثة المنكوبين، وهي ذات المهام قام بها الجيش خلال زلزال عين تموشنت سنة 1999، وزلزال بومرداس سنة 2003. كما تدخلت وحدات الجيش خلال فيضانات باب الواد بالعاصمة سنة 2001، وفيضانات غرداية 2008، كما يساهم الجيش سنويا في فك العزلة عن المناطق المحاصرة التي تسببها العواصف الثلجية[2]. أيضا ساهم أفراد الجيش في مكافحة الحرائق التي مست مجموعة من ولايات الوطن خلال صائفة 2021، حيث استشهد العشرات من أفراد الجيش أثناء تأدية مهامهم في عمليات إطفاء الحرائق.

فقصد تنسيق وتنظيم المتعلقة بالأخطار الكبرى صدر قرار وزاري سنة 2005 تم بموجبه إسناد هذه المهمة لـ "مكتب التعبئة والأخطار الكبرى" بأركان الجيش الوطني الشعبي، حيث يضم هذا الجهاز الدائم "خلية عملياتية"، يتم تفعيلها أثناء الكوارث لمتابعة التطورات وتنسيق كافة النشاطات وتدخلات الجيش الوطني الشعبي. كما يقوم "مكتب التعبئة والأخطار الكبرى" بإعداد مخططات التدخل يتم تحيينها وتعديلها دوريا. وفيما يخص حجم وطبيعة الوسائل المدرجة ضمن مخططات التدخل، فإنها مرتبطة بشكل مباشر بدرجة الكارثة ونطاق الخطر وتأثيراته على الأشخاص والممتلكات والمحيط. كما تقوم وحدات الجيش الوطني الشعبي بتقديم العناية الطبية المستعجلة وإنتاج الطاقة وتوفير الوسائل اللازمة لفتح المعابر والطرقات وإزالة الحواجز وتقديم المعونات إلى جانب حفظ الأمن والنظام العام[3].

---

[1] شريف، "الاطار القانوني،"، 370.

[2] قاسم حجاج، "التدخل الإنساني للجيش الوطني الشعبي في مواجهة الكوارث الطبيعية"، *دفاتر السياسة والقانون* 8، ع.14، (2016): 17-20.

[3] المرجع نفسه، 18.

الفرع الرابع: الحماية المدنية

أولا: تعريف الحماية المدنية:

مصطلح الدفاع المدني ترجمة للمصطلح الإنجليزي (Civile défense) الذي استخدم أثناء الحرب العالمية الثانية وفي أعقابها، وتطور بعد الحرب العالمية الثانية ليصبح الحماية المدنية لمسايرة الخدمات التي يقوم بها الدفاع المدني في حالتي السلم والحرب. ويقصد بالدفاع المدني وقاية المدنيين وتأمين سلامة المواصلات والمخابرات وضمان سير العمل بانتظام واضطراد في المرافق. وصيانة المعالم الفنية والأثرية الوطنية وحماية المباني والمنشآت والمؤسسات والمشروعات العامة والخاصة من أخطار الغارات الجوية وغيرها من الأعمال الحربية، فهو مجموعة الإجراءات والأعمال اللازمة لحماية السكان والممتلكات العامة والخاصة من أخطار الحرائق والكوارث والحروب المختلفة وإغاثة المنكوبين وتأمين سلامة المواصلات والاتصالات وسير العمل في المرافق العامة وحماية مصادر الثروة الوطنية وذلك زمن السلم وفي حالات الحرب[1].

ثانيا: نشأة وتطور الحماية المدنية:

عندما حصلت الجزائر على استقلاها في عام 1962 كان جهاز الحماية المدنية لا يزال في حالة بدائية شأنه في ذلك شأن أمثاله في البلدان الحديثة العهد بالاستقلال. كان هذا الجهاز يتكون أساسا من هيئة مركزية للحماية المدنية تابعة لوزارة الداخلية، ومن مرافق الإغاثة ومكافحة الحرائق القائمة على مستوى الولايات وللأسف أن هذه المرافق لم يكن لها إلا دورا إداريا رمزيا يتمثل خاصة في اختيار وشراء المعدات، وكانت الوحدات المهتمة بالعمليات مجرد جمع وفير من الأجهزة الخاضعة لإشراف البلديات، والمكونة إما من رجال المطافئ المستخدمين مقابل أجر، أو من المتطوعين تبعا لأهمية الأجهزة ومواردها... وعليه فإن حالة هذه المصلحة المهمة لتوفير الأمن خاصية من خصوصيات الإرث الاستعماري. أين أصبح من الواضح أن مثل هذه الهياكل لا تستجيب لمتطلبات العصر وضرورات التنمية الشاملة لا سيما حماية الأشخاص والممتلكات وعلى هذا الأساس أصبح التغيير الجذري ضرورة حتمية[2].

---

[1] سعيد عابد، "دور الحماية المدنية في إدارة الأزمات والكوارث في الجزائر"، *مجلة دراسات حول الجزائر والعالم* 2، ع.7، (2017): 02-03.

[2] "نبذة تاريخية"، الحماية المدنية، تصفح في 06 أفريل، 2022، https://bit.ly/3xZTQa1.

على إثر هذه الوضعية عرف قطاع الحماية مجموعة من الإصلاحات، بصدور مجموعة من المراسيم، والتي يمكن توضحيها في مايلي:

أ. مرسوم رقم 64-129 المتعلق بالتنظيم الإداري للحماية المدنية:

وضع هذا المرسوم أسس الدفاع المدني الجزائري، وحدد مهامه ومجالات التدخل والتنظيم المركزي والمحلي[1]، ورغم هذا التغيير فإنه بعد إصلاح 1964 وجدت صعوبات ومشاكل تنظيمية وأصبحت المصلحة الوطنية لا تتماشى مع التطور الحديث الذي مس جميع الميادين. من كثرة في المؤسسات العمومية والمناطق الصناعية التي أصبحت تزداد يوما بعد آخر، وزيادة في النمو الديموغرافي، وزيادة المواصلات وطرقات النقل بمختلف أنواعه، هذا كله جعل الحاجة المتزايدة لتطوير مصلحة الحماية المدنية الوطنية. فكان تنظيم الحماية المدنية لسنة 1970[2].

ب. مرسوم رقم 70-167 المتعلق بتنظيم وتسيير وحدات الحماية المدنية:

في سنة 1970 قررت الدولة إدراج قطاع الحماية المدنية ضمن قطاعات الدولة والإشراف عليه يكون بصفة مباشرة آخذة على عاتقها حماية الأشخاص والممتلكات كما عملت على تحويل مراكز الإسعاف ومكافحة الحرائق إلى وحدات الحماية المدنية وإدماج كل التشكيلات تحت غطاء واحد وهو سلك الحماية المدنية، وتكفلت الدولة بالمصاريف الخاصة بتسيير المصالح وفق القرار الوزاري رقم 07 المؤرخ في 1970/03/13 الذي نص على وضع كل التجهيزات والعتاد تحت تصرف قطاع الدولة[3].

كما حدد هياكل الحماية المدنية على مستوى البلدية والدائرة والولاية حيث صنفها تبعا لأهمية المهام المكلفة بإنجازها ضمن أربع أصناف هي[4]:

- الوحدات الرئيسية؛
- الوحدات الثانوية؛
- وحدات القطاع؛
- المراكز المتقدم.

---

[1] شريف، "الاطار القانوني،"، 369.

[2] "نبذة تاريخية"، الحماية المدنية.

[3] عابد، "دور الحماية المدنية،"، 05.

[4] "نبذة تاريخية"، الحماية المدنية.

ج. مرسوم رقم 76-39 المتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الداخلية:

بصدور المرسوم رقم 76 – 39 المؤرخ في 20 /02 /1976 المتضمن إعادة تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الداخلية تحولت المصلحة الوطنية للحماية المدنية إلى المديرية العامة للحماية المدنية[1]، وتتكون من مديريتين وكل مديرية تشمل ثلاث مديريات فرعية كما تشمل وحدة التدريب والتدخل، أما على المستوى المحلي فقد تمثل التنظيم الجديد في إنشاء وإدراج هياكل إدارية وتقنية تتكفل بالتسيير، وإنشاء هياكل تتكفل بالوقاية ووضع المخططات وتحليل المعطيات العملية[2].

د. مرسوم رقم 91-503 بشأن تنظيم الإدارة المركزية للمديرية العامة للحماية المدنية:

هو تعديل للمرسوم السابق، واستنادا إلى هذا التنظيم الجديد، عرفت مديرية الحماية تعديلات رئيسية مست الهيكلة والمهمات الأساسية التي تقوم بها. وقد سمحت إعادة تنظيم المديرية العامة للحماية المدنية، بتعزيز الوقاية من الكوارث، والتدريب وتخطيط العمليات ووظائف إدارة الموارد البشرية والمادية[3]، والغاية من هذا التنظيم الجديد يكمن في تحسين التسيير على المستوى المركزي وكذا القدرة على التحكم الفعلي والنوعي في النشاطات التقنية والعملية المكلفة بأدائها هي والتي تقوم بها من خلال مصالحها الخارجية[4].

هـ. مرسوم رقم 92-43، والمرسوم 92-54، والمرسوم 93-147:

إذ اكتمل التنظيم الإداري بنصوص أخرى تتمثل في م ت 92 – 54 المؤرخ في 12 فيفري 1992 المتعلق بتنظيم المصالح الخارجية للحماية المدنية وعملها، والمرسوم التنفيذي رقم92 – 43 المؤرخ في 04 فيفري 1992 يتضمن إنشاء المفتشية العامة لمصالح الحماية المدنية وتنظيمها وسيرها[5].

تضمن المرسوم رقم 91 –503 المؤرخ في 21 ديسمبر 1991 المتعلق بتنظيم الإدارة المركزية للمديرية العامة للحماية المدنية المعدل والمتمم بواسطة المرسوم 93 – 147 المؤرخ في 22 جوان

---

[1] نبذة تاريخية"، الحماية المدنية.

[2] عابد، "دور الحماية المدنية،"، 06.

[3] شريف، "الاطار القانوني،"، 370.

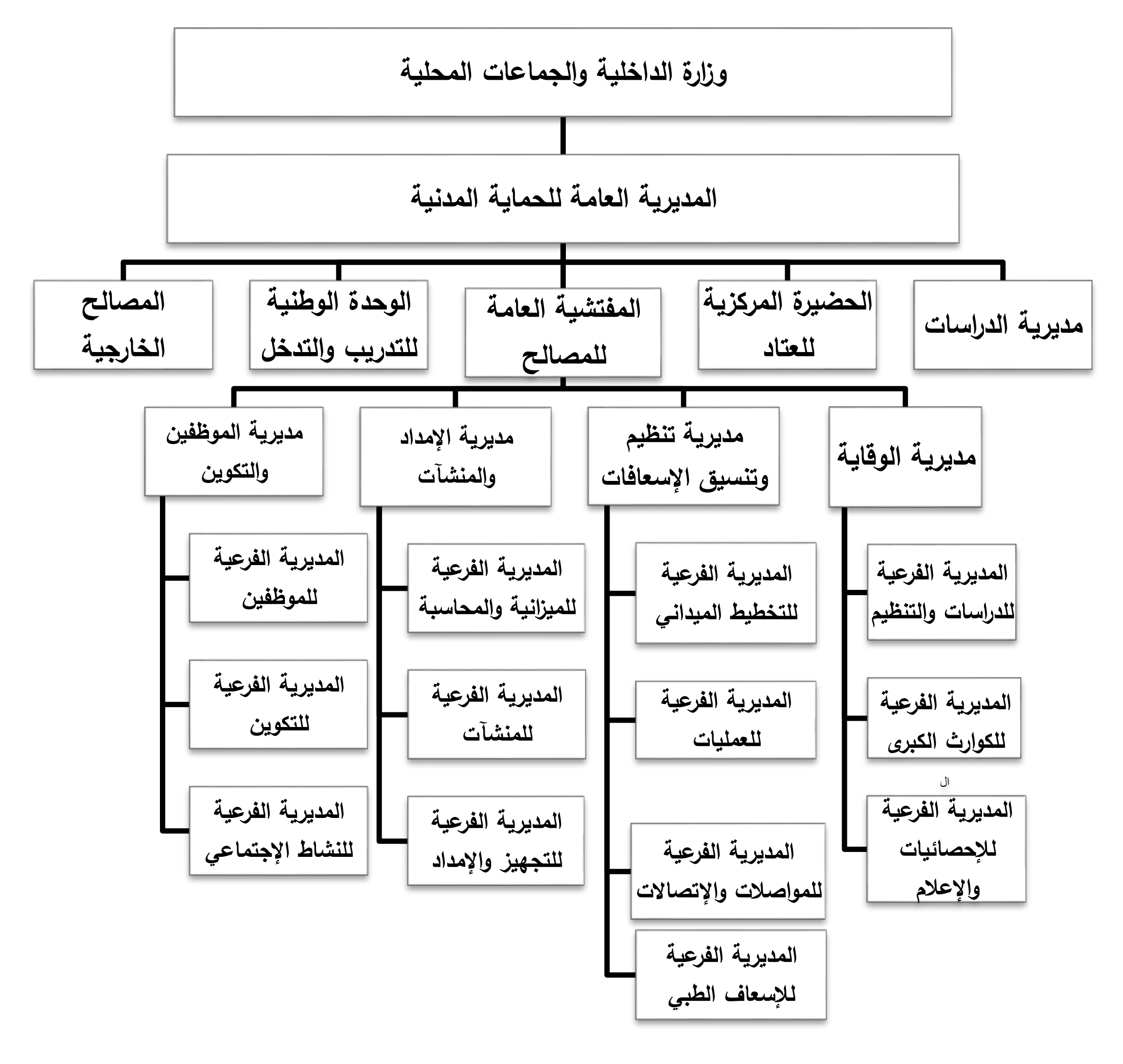
[4] "نبذة تاريخية"، الحماية المدنية.

[5] المرجع نفسه.

1993 التعديلات الأساسية المتضمنة في التنظيم الجديد، تتعلق كذلك بالهياكل والمهام المسندة لكل المرافق[1].

ثالثا: مهام الحماية المدنية:

شكل رقم 18: الهيكل التنظيمي للمديرية العامة للحماية المدنية



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

- مرسوم تنفيذي رقم 91-503 مؤرخ في 14 جمادى الثانية عام 1412 هـ الموافق 21 ديسمبر 1991، يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في المديرية العامة للحماية المدنية (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 67، الصادرة بتاريخ 16 جمادى الثانية عام 1412 هـ الموافق 23 ديسمبر 1991).
- "المهام"، الحماية المدنية، تصفح في 06 أفريل، 2022، https://bit.ly/3RqW9cR .

[1] نبذة تاريخية"، الحماية المدنية.

يوضح الهيكل التنظيمي مكونات المديرية العامة للحماية المدنية، بداية من المفتشية العامة للمصالح إلى مختلف المديريات الأربعة، والمديريات الفرعية التي تتبع كل مديرية، ما يهم هذه الدراسة كل من مديرية الوقاية، ومديرية تنظيم وتنسيق الإسعافات، إذ تتمثل المهام الموكلة إليهما في[1]:

أ. **مديرية الوقاية:** مؤهلة في إطار نشاطاتها المطورة من طرف الحماية المدنية لدراسة وتحديد القواعد العامة ومقاييس الأمن المطبقة في مجال الوقاية في مختلف قطاعات النشاط المحددة لقواعد مراقبة تطبيقها، مؤهلة أيضا لدراسة والمساهمة في دراسة القواعد العامة أو الخاصة للوقاية من الأخطار الطبيعية أو التكنولوجية الكبرى، في هذا المجال فإن المديرية الوقاية مكلفة بـ:

- دراسة وتحديد القواعد والمقاييس الأمنية المطبقة في مجال الدفاع ضد الحريق، الانفجار والهلع في مختلف القطاعات. دراسة وتحضير النصوص ذات الطابع التشريعي والتنظيمي المتعلقة بمجال أمن الأشخاص والممتلكات؛
- دراسة ومتابعة المسائل المرتبطة بالوقاية من الأخطار الكبرى؛
- المشاركة مع المصالح المعنية في تعريف قواعد حماية البيئة والدفاع المدني؛
- دراسة وتحضير خرائط وطنية للأخطار؛
- دراسة ووضع حيز التطبيق عمليات الإعلام والتحسيس من أضرار الأخطار المختلفة؛
- جمع وتحليل إحصائيات التدخلات.

تتبع مديرية الوقاية ثلاث مديريات فرعية، أسندت لها عديد المهام هي:

1. **المديرية الفرعية للدراسات والتنظيم:** تكلف بما يأتي:

- دراسة وتحضير النصوص ذات الطابع التشريعي والتنظيمي المتعلقة بنشاط الوقاية لمصالح الحماية المدنية؛
- دراسة النصوص ذات الطابع التشريعي والتنظيمي المتعلقة بميدان الأمن الأولي لقطاعات النشاط الأخرى؛
- دراسة المخطط التقني لأخطار الحريق الانفجار والهلع وتحدد القواعد والمقاييس الوقائية والأمنية وتطبيقها؛

[1] "المهام"، الحماية المدنية.

- متابعة تطوير التقنيات وأساليب الوقاية من أخطار الحريق والانفجار والهلع في مختلف أنواع المؤسسات ونشاطاتها؛
- تحضير الدراسات الأمنية المتعلقة بالمشاريع ذات الأهداف الوطنية.
- تحديد القواعد المنية ومراقبة تطبيق الإجراءات الأمنية في المؤسسات الخاضعة للمراقبة الوقائية.

2. **المديرية الفرعية للكوارث الكبرى:** تناط بها المهام التالية:

- جمع وتوزيع المعلومات والمعطيات المتعلقة بالأخطار الكبرى؛
- تباشر وتساهم في إعداد الدراسات التقنية والعلمية لمعرفة الظواهر العامة المسببة للكوارث الطبيعية والتكنولوجية؛
- جمع ومعالجة وتحليل كل المعطيات التي تسمح بتقييم مختلف الأخطار الكبرى؛
- تدير وتشارك في إدارة الدراسات للمناطق المعرضة للأخطار الكبرى؛
- دراسة واقتراح والمشاركة في تعريف المقاييس والاحتياطات الوقائية الخاصة بكل الأخطار الكبرى؛
- المشاركة ومتابعة النشاطات على المستوى الدولي في مجال الوقاية من الأخطار الكبرى.

3. **المديرية الفرعية للإحصائيات والإعلام:** مكلفة بـ:

- جمع ومعالجة وتحليل إحصائيات التدخلات لمصالح الحماية المدنية وضمان توزيعها؛
- دراسة تنظيم ومتابعة الحملات الإعلامية والتحسيسية حول مختلف الأخطار؛
- الإعلام عن كل النشاطات العملية (الميدانية) والتقنية لمصالح الحماية المدنية.

ب. مديرية تنظيم وتنسيق الإسعافات: مؤهلة لدراسة وتحديد الوسائل والإمكانيات والقواعد الخاصة بتنظيم الإسعافات ووضعها حيز التنفيذ ومتابعتها وتنسيقها، مع توجيه عمليات الإسعافات في حالة الكوارث الكبرى، أيضا دراسة وتحديد القواعد والشروط لتحضير مختلف التدخلات والإسعافات وتنظيمها في حالة الكوارث الكبرى وتحيينها الدائم والسهر على تطبيقها الجيد، بالإضافة إلى تحديد تنظيم وتنسيق أجهزة الحماية خلال الحملات الموسمية، وأخيرا تحديد تنظيم ووضع قواعد تسيير، استغلال شبكة المواصلات والاتصالات الميدانية للحماية المدنية. تتبعها أربعة مديريات فرعية هي:

1. **المديرية الفرعية للتخيط الميداني:** حددت مهامها في النقاط التالية:

- تحديد قواعد وشروط إعداد مخططات تنظيم الإسعافات؛
- مراقبين التحيين الدائم لمختلف مخططات التدخلات وتنظيم الإسعافات؛
- تعريف (تحديد) القواعد العامة للتدخلات، تحضير (إعداد) وتحيين أنظمة المناورات ومراقبة تطبيقها؛
- تعريف وتحديد القواعد المتعلقة بتنسيق وسائل التدخلات في حالة وضع حيز التنفيذ مخططات التدخلات والدعم من الولايات.

2. **المديرية الفرعية للعمليات:** كلف بمجموعة من المهام هي:

- معالجة وتنفيذ المعطيات والمعلومات المتعلقة بالنشاط العملي لمصالح الحماية المدنية؛
- التوزيع إلى مختلف المصالح المعنية المعلومات العملية المتعلقة بنشاط الحماية المدنية؛
- تسيير المركز الوطني للتنسيق العملي والسهر على سير مراكز التنسيق العملي للولايات؛
- تنسيق التدخلات على مستوى مصالح الحماية المدنية.

3. **المديرية الفرعية للدراسات والتنظيم:** مكلفة بـ:

- دراسة وتحضير النصوص ذات الطابع التشريعي والتنظيمي المتعلقة بنشاط الوقاية لمصالح الحماية المدنية؛
- دراسة النصوص ذات الطابع التشريعي والتنظيمي المتعلقة بميدان الأمن الأولي لقطاعات النشاط الأخرى؛
- دراسة المخطط التقني لأخطار الحريق الانفجار والهلع وتحدد القواعد والمقاييس الوقائية والأمنية وتطبيقها؛
- متابعة تطوير التقنيات وأساليب الوقاية من أخطار الحريق والانفجار والهلع في مختلف أنواع المؤسسات ونشاطاتها؛
- تحضير الدراسات الأمنية المتعلقة بالمشاريع ذات الأهداف الوطنية؛
- تحديد القواعد المنية ومراقبة تطبيق الإجراءات الأمنية في المؤسسات الخاضعة للمراقبة الوقائية.

4. **المديرية الفرعية للكوارث الكبرى:** أنيطت بهذه المديرية مجموعة من المهام نذكرها فيما يأتي:

- جمع وتوزيع المعلومات والمعطيات المتعلقة بالأخطار الكبرى؛
- تباشر وتساهم في إعداد الدراسات التقنية والعلمية لمعرفة الظواهر العامة المسببة للكوارث الطبيعية والتكنولوجية؛
- جمع ومعالجة وتحليل كل المعطيات التي تسمح بتقييم مختلف الأخطار الكبرى؛
- تدير وتشارك في إدارة الدراسات للمناطق المعرضة للأخطار الكبرى؛
- دراسة واقتراح والمشاركة في تعريف المقاييس والاحتياطات الوقائية الخاصة بكل الأخطار الكبرى؛
- المشاركة ومتابعة النشاطات على المستوى الدولي في مجال الوقاية من الأخطار الكبرى.

رابعا: برامج الحماية المدنية في مجال إدارة الأزمات الصحية:

تجري الحماية المدنية تمرينات وتدريبات دورية لمختلف الوحدات عبر جميع الولايات، لرفع جهوزية الاستجابة لمختلف الأزمات والكوارث، كما تضع مديرية الحماية المدنية حسب اقتراح مديريتي الوقاية وتنظيم وتنسيق الإسعافات برامج تدريبية محلية أو ذات تعاون دولي، ولعلى أهم برنامجين ذات علاقة مباشرة وغير مباشرة لإدارة الأزمات الصحية هما:

أ. البرنامج الافتراضي في الجزائر لإدارة الأزمات والكوارث: التنبؤ من أجل تسيير أفضل:

البرنامج هو نتاج التعاون الجزئري–الفرنسي، بين الحماية المدنية الجزائرية ونظيراتها الفرنسية منذ 2003، في إطار صندوق تضامن أولي يفوق 02 مليون يورو، يشمل طب الطوارئ إلى المخاطر الكيميائية والإشعاعية، مرورا بالغوص والتدخل في الأوساط الخطرة وأنظمة المعلومات الجغرافية*.

تم تدشين هذا البرنامج في 10 نوفمبر 2015، بالمدرسة الوطنية للحماية المدنية ببرج البحري تحت شعار "التنبؤ من أجل تسيير أفضل"، إذ يعتبر أول برنامج افتراضي في الجزائر لإدارة الأزمات والكوارث[1].

الهدف من هذا البرنامج الافتراضي هو تشجيع التنسيق وتبادل المعلومات بين مختلف القطاعات المعنية في حالة أزمة أو كارثة طبيعية (الحماية المدنية، مصالح الصحة، الأشغال

---

* لمزيد من التفاصيل أنظر: "الحماية المدنية: تعاون على جميع الأصعدة"، السفارة الفرنسية في الجزائر، تصفح بتاريخ 08 أفريل، 2022، https://bit.ly/3rdbJhV.

[1] "تدشين أول برنامج افتراضي في الجزائر لإدارة الأزمات والكوارث"، السفارة الفرنسية في الجزائر، تصفح بتاريخ 08 أفريل، 2022، https://bit.ly/3CjGvf2.

العمومية...) على أساس تمرين افتراضي لسيناريو محضر مسبقا، البرنامج الافتراضي لإدارة الأزمات هو من بين وسائل تكنولوجيا الجيل الجديد، ويمتد على مساحة 200 م² ومجهز بحوالي 30 حاسوب وعدة هواتف كلها متصلة بالشبكة تحت الإشراف التقني للمختصين[1].

ب. البرنامج الوطني للحماية من الأخطار البيولوجية:

من الحلقات الوثيقة في سلسلة التدخل تبقى الحماية المدنية إحدى أهمها في حالات الكوارث عامة، بفضل الدور الريادي المخول لها في هذه الحالات وباعتبار أيضا، أن معظم عمليات الإجلاء الصحي تتم عن طريق مصالحها[2].

وبالفعل هذا ما سعت إليه المديرية العامة للحية المدنية في برنامجها التكويني التدريبي والإعلامي واسع النطاق منذ سنة 2015، من خلال إعداد برنامج وطني لإدارة الأخطار البيولوجية يسعى إلى إرساء التدابير الوقائية الأولية المتعلقة بالأخطار البيولوجية، بتحديد جميع جوانب الخطر البيولوجي، مثل ماهية الخطر البيولوجي، وسائل وطرق انتقاله، الإجراءات الوقائية الفردية والجماعية، بالإضافة إلى إجراءات إدارة النفايات ونقل المواد المعدية[3].

يهدف البرنامج إلى غرس ثقافة الخطر البيولوجي، من جهة لدى الأعوان المتدخلين والمجتمع، خاصة معرفة تدابير الوقاية وتفادي العدوى، وقد بمراحل أربعة، بدأت بتكوين الضباط البيولوجيين وإعداد وسائط بيداغوجية ومواد علمية موجهة للأعوان ومن ثمة نشرها عبر الوحدات، وفي الأخير تكوين أعوان التدخل على يد البيولوجيين المتكونين في المرحلة الأولى من البرنامج[4].

الفرع الخامس: تقييم دور السلطات العمومية في إدارة الأزمات الصحية

أبان تتبع صلاحيات السلطات العمومية قبل وأثناء الأزمات والكوارث عن وجود إطار تشريعي واضح يحدد مختلف المهام والأدوار المكلفة بها، بداية من وزير الداخلية إلى الوالي ورئيس المجلس الشعبي البلدي، إضافة إلى السلطات الأمنية من شرطة ودرك وجيش، دون أن ننسى الدور الدقيق للحماية المدنية التي يناط بها دور الإسعافات والنجدة.

---

[1] تدشين أول برنامج افتراضي في الجزائر، السفارة الفرنسية في الجزائر.

[2] فتيحة سعدي، "برنامج تكوين في مجال الأخطار البيولوجية خدم الأزمة الصحية"، *مجلة الحماية*، ع.28، (2020):09.

[3] المرجع نفسه.

[4] المرجع نفسه.

صحيح بأن هناك إغفال واضح ومباشر لأدوار السلطات العمومية في إدارة الأزمات الصحية، إلا أن تنفيذ السلطات العمومية لما هو مكلفة به عموما أثناء الأزمات الصحية سيساعد بالضرورة على التحكم النسبي في الأزمات الصحية، والتقليل من تداعياتها.

بالعودة للحماية المدنية، فهذه الأخيرة هي الأقدر على الاستجابة، من بين كل السلطات العمومية الأخرى، نظير البرامج والتمارين والتدريبات التي تجريها دوريا لمختلف الوحدات عبر جميع الولايات تحاكي أزمات وكوارث، وقد وقفت الدراسة على برنامجين للحماية المدنية لهما علاقة بالاستجابة للأزمات الصحية، وما يعاب على البرنامج الوطني للحماية من الأخطار البيولوجية الذي انطلق منذ سنة 2015، عدم تدريب جميع الوحدات عبر البلاد قبل انتشار جائحة كورونا.

المطلب الثالث: المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى

كغيرها من الدول، الجزائر مهددة بمجموعة من المخاطر، ذلك لأن الموقع الجغرافي يتميز بمجموعة من الكوارث، إضافة إلى الكوارث التي قد يتسبب بها الإنسان، من هنا جاء التأسيس للمندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى، ومعلوم بأن الكوارث الطبيعية أو المتسبب فيها البشر قد تتبعها أزمات صحية.

الفرع الأول: المأسسة والأدوار

تم تأسيس المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى، بصدور المرسوم التنفيذي رقم 11-194، الذي حدد أدوارها وتشكيلتها، هذا التأسيس تأخر أكثر من ستة سنوات، فالمادة 68 من قانون رقم 04-20 المتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة، نصت صراحة على تأسيس المندوبية، وهو ما يطرح التساؤل عن أسباب تأخر التأسيس بالرغم من المخاطر التي تهدد الجزائر.

توضع المندوبية لدى الوزير المكلف بالداخلية وتنظم وتسير كمصلحة خارجية للإدارة المركزية[1]، تكلف المندوبية بتنسيق وتقييم النشاطات المباشرة في إطار النظام الوطني للوقاية من الأخطار الكبرى، وبهذه الصفة تكلف خصوصا بما يأتي[2]:

[1] المرسوم التنفيذي رقم 11-194 مؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1432 هـ الموافق 22 مايو سنة 2011، يتضمن مهام المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 29، الصادرة بتاريخ 19 جمادى الثانية عام 1432 هـ الموافق 22 مايو سنة 2011)، المادة 02.

[2] المرجع نفسه.

- القيام لدى الإدارات المعنية، بجمع المعلومات المتعلقة بالوقاية من الأخطار الكبرى وإعداد بنك للمعطيات المتعلقة بها؛
- ترقية وتطوير الإعلام المرتبط بالوقاية من الأخطار الكبرى لفائدة المتدخلين والسكان؛
- تقييم وتنسيق الأعمال المباشرة في إطار النظام الوطني للوقاية من الأخطار الكبرى، وتقديم اقتراحات لتحسين فعاليتها؛
- المشاركة في برامج التعاون الجهوي والدولي ذات العلاقة بهامها؛
- المساهمة في ترقية المعرفة العلمية والتقنية والتكوين في ميدان الأخطار الكبرى.

يسير المندوبية مندوب وطني، كما نصت المادة الخامسة من ذات المرسوم على أن المندوبية تضم مديرية الإدارة العامة وثلاثة أقسام هي: قسم الأخطار التكنولوجية والبشرية، قسم الأخطار الطبيعية، قسم التنسيق المشترك.

تساعد المندوبية لجنة قطاعية مشتركة تكلف بما يأتي[1]:

- دراسة وتقييم المخططات العامة والخاصة للوقاية من الأخطار الكبرى؛
- تقييم فعالية الأنظمة المقررة للوقاية والإنذار والتدخل وإعادة التأهيل وإعادة البناء والتوصية بتدابير لتحسينها؛
- دراسة كل مسألة تتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى تعرض عليها وإبداء رأيها فيها وتقديم توصياتها فيما يخص هذه المسألة.

تتكون اللجنة القطاعية من ممثلي 12 وزارة، إضافة إلى ممثلي المديريات الأمنية ومراكز بحثية، تجتمع كل ثلاث سنوات أو كلما اقتضت الضرورة، كما يعد المندوب تقرير سنوي يعرض على الحكومة[2].

الفرع الثاني: المندوبية: إعادة هيكلة

قال الوزير بلجود في كلمة ألقاها خلال إشرافه على افتتاح أشغال الندوة الوطنية حول استراتيجية الوقاية وتسير المخاطر الكبرى: "أن دائرته الوزارية تسعى جاهدة لمراجعة عمل المندوبية الوطنية

[1] المرسوم التنفيذي رقم 11-194، المادة 08.

[2] لمزيد من التفاصيل أنظر: المواد: 10، 12، 13، 15 من المرسوم التنفيذي رقم 11-194.

للمخاطر الكبرى وتزويدها بالموارد المالية والبشرية والهيكلية اللازمة لتمكينها من أداء مهامها على أكمل وجه"، مشددا على ضرورة أن تكون للمندوبية نظرة استشرافية واستباقية للمخاطر الطبيعية"[1].

بعد قرابة العشر سنوات أعلن عن مراجعة عمل المندوبية، يستشف مما قاله وزير الداخلية كمال بلجود، بأن المندوبية لم تؤدي مهامها المنوطة بها، على إثر هذه الأشغال صدر مرسوم تنفيذي رقم 21-157 تضمن بعض التعديلات للمرسوم التنفيذي 11-194.

شملت التعديلات إضافة دور آخر لمجموع الأدوار المكلفة بها المندوبية، الذي يتعلق بالقيام مع المؤسسات المعنية بالدراسات والبحوث بهدف الحد من الأخطار الكبرى، كما تم إجراء تعديلات على الهيكل التنظيمي للمندوبية، وإضافة قطاعات وزارية ومؤسسات أخرى للجنة القطاعية، أيضا تعيين أربعة خبراء جزائريين اثنان مقيمان في الجزائر واثنان مقيمان في الخارج، مع تعيين أيضا ممثلان عن المجتمع المدني ينشطان في مجال الخطار الكبرى، أخيرا استبدال مصطلح المخاطر المذكور في المرسوم الأول بمصطلح الأخطار[2].

الفرع الثالث: تقييم لدور المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى في إدارة الأزمات الصحية

بداية يمكن القول بأن المندوبية لم توفق في القيام بالأدوار المنوطة بها، فقد عرفت الجزائر عدة كوارث طبيعية كالفيضانات والزلازل ضعيفة الشدة منذ تأسيسها، وكانت الاستجابة محدودة في ظل غياب الخطط اللازمة، على ما يبدو هو ما دفع وزارة الداخلية لإعادة النظر في أدوارها من عقد ندوة وطنية حول المندوبية.

حاولت الدراسة الوقوف على إنتاج المندوبية من تقارير أو خطط، لكن غياب وسائل الاتصال بالمندوبية صعب ذلك، فلا موقع إلكتروني ولا صفحات على مواقع التواصل الاجتماعي خاصة بالمندوبية، وانعدام أي تقارير منشورة لهذه الأخيرة.

كان من المفروض إضافة مصطلح "إدارة" لاسم المندوبية ليصبح "المندوبية الوطنية لإدارة المخاطر الكبرى"، فهذا هو الاسم الصحيح، لكن حتى بعد تعديل اسم هذه الأخيرة تم استبدال المخاطر بالأخطار فقط.

---

[1] "نحو مراجعة عمل المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 15 ديسمبر، 2021، https://bit.ly/3dO8OsK.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 21-157 مؤرخ في 12 رمضان عام 1442 هـ الموافق 28 أبريل سنة 2021، يعدل ويتمم المرسوم التنفيذي رقم 11-194 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1432 هـ الموافق 22 مايو 2011 والمتضمن مهام المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 32، الصادرة بتاريخ 12 رمضان عام 1442 هـ الموافق 28 أبريل سنة 2021)، المواد: 03، 05، 06، 10.

بالعودة لأدوار المندوبية سابقا ولاحقا بعد التعديلات التي جاء بها المرسوم 21-157، يتضح جليا عدم إدراج التخطيط الاستراتيجي أو التخطيط بصفة عامة لإدارة المخاطر الكبرى، فالتخطيط لإدارة الكوارث الطبيعية والبشرية كان يجب أن يكون من صميم الاختصاص، أما دراسة وتقييم المخططات والأنظمة المقررة للإنذار كان يجب أن يلحق بأدوار المندوبية وليس اللجنة القطاعية.

لم يتم التطرق بشكل تام لإدارة الأزمات الصحية أو المخاطر الصحية في المرسومين المنظمين للمندوبية، إن الهيكل التنظيمي للمندوبية أغفل إدراج قسم للأخطار الصحية وكيفية إدارة الأزمات الصحية، فإذا كان هذا الإغفال مفهوم في 2011 سنة التأسيس بالرغم من انتشار عدة أوبئة قبل هذه السنة، فغير المفهوم عدم إدراج هذا الدور خلال 2021 سنة إعادة النظر في أدوارها، والعالم يعيش على وقع جائحة "كوفيد-19"، حيث انهارت أقوى النظم الصحية عالميا، إذ تم إلحاق دور الحماية من الأخطار الصحية بوكالة الأمن الصحي.

المطلب الرابع: الوكالة الوطنية للأمن الصحي

يتمحور مفهوم الأمن الصحي حول كيفية حماية أفراد المجتمع من جميع الأخطار الصحية التي تواجههم، وذلك في سبيل جعلهم ينعمون بحياة آمنة صحيا وأكثر استقرارا. وعلى الرغم من التقدم الذي شهدته الرعاية الصحية، ثمة أكثر من عشرين مليون شخص يموتون بسبب الأمراض التي لا يمكن الحؤول دونها. فالصحة هي عنصر مكون أساسي لأنه في أساس الأمن تكون حماية حياة الإنسان[1].

في عام 2007 تم اختيار الأمن الصحي ليكون موضوع يوم الصحة العالمي وتقرير منظمة الصحة الدولية السنوي بعنوان: "مستقبل أكثر أمانا: الأمن الصحي العالمي في القرن 21"، يتناول هذا التقرير فقط الأمن الصحي العالمي، الذي عرفه بأنه: "الأنشطة المطلوبة لتقليل التعرض لأحداث الصحة العامة الحادة التي تعرض الصحة الجماعية للسكان الذين يعيشون في المناطق الجغرافية والحدود الدولية للخطر"[2].

يذهب "سايمون راشتون" Simon Rushton في دراسته حول "الأمن الصحي العالمي: الأمن لمن؟ الأمان من ماذا؟"، إلى القول: "بشكل عام، إذن، يبدو واضحا إلى حد ما ماهي أنواع القضايا

[1] آسية بلخير، "الأمن الصحي العالمي: متطلبات الترشيد وضرورات الاستدامة"، *مجلة العلوم السياسية والقانون*، ع. 06، (2015): 244-245.

[2] William Aldis, “Health security as a public health concept: a critical analysis”, *Health Policy and Planning* 23, no. 06, (2008): 371.

الصحية التي تعتبرها الأدبيات تهديدا للأمن الصحي، ينبع التهديد إما من انتشار الأمراض المعدية عابرة الحدود، سواء كانت تحدث بشكل طبيعي أو متعمد أو عرضي، أو من تأثير الأزمات الصحية الكبرى على استقرار الدولة وأمنها"[1].

من الضروري لمدير الأزمات الصحية أن يشارك بنشاط في التعاون مع الدول الأخرى في إدارة الأزمات والاستعداد للاستجابة للتحديات الرئيسية والتهديدات الصحية المحتملة، يجب أيضا أن يظل يقظا لأي مشاركة محتملة في أزمة قد يكون لها تأثير خارج إقليمه من أجل الأمن الصحي العالمي وسياسة حسن الجوار، كما عليه التعامل مع أي أحداث من هذا القبيل في الوقت المناسب وبطريقة فعالة[2].

يلتقي الأمن الصحي والأمن الصحي العالمي مع إدارة الأزمات الصحية في نقطة حماية الأفراد وطنيا ودوليا من مختلف الأخطار الصحية، هذا في ظل العولمة التي سهلت انتقال الأمراض المعدية السريعة الانتشار والعابرة للحدود، خصوصا الأوبئة، يمكن القول بأن إدارة الأزمات الصحية جزء من الأمن الصحي في بعده الوطني والدولي.

على وقع جائحة كورونا* التي مست العالم أجمع، والتي وضعت النظم الصحية في مواجهة مباشرة مع الجائحة، أعلنت الجزائر التوجه نحو تأسيس وكالة وطنية للأمن الصحي.

الفرع الأول: الوكالة الوطنية للأمن الصحي: التأسيس والأدوار

أنشأت الوكالة بصدور المرسوم الرئاسي رقم 20-158، توضع لدى رئيس الجمهورية، كما يديرها مستشار لدى رئاسة الجمهورية يساعد نائب برتبة مكلف لدى الرئيس أيضا، هي مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، للوكالة أجهزة للاستشارة والتوجيه العلمي واليقظة الاستراتيجية، تتشكل من شخصيات علمية وخبراء متخصصين ومتخصصين مشهود لهم بالكفاءة في مجالات اختصاصهم، كما تتوفر على هياكل إدارة وتسيير[3].

---

[1] Simon Rushton, "Global Health Security: Security for Whom? Security for What", *Political Studies* 59, no. 04 (2011): 782.

[2] Panos and others, "Crisis Management,", 105-107.

* سيتم التطرق لجائحة "كوفيد-19" بالتفصيل في الفصل الثالث المتعلق بدراسة نماذج إدارة الأزمات الصحية في الجزائر.

[3] المرسوم الرئاسي رقم 20-158 مؤرخ في 21 شوال عام 1441 هـ الموافق 13 يونيو سنة 2020، يتضمن إحداث وكالة وطنية للأمن الصحي (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 35، الصادرة بتاريخ 22 شوال عام 1441 هـ الموافق 14 يونيو سنة 2020)، المواد: 01، 02، 04، 05.

الوكالة مؤسسة للرصد والتشاور واليقظة الاستراتيجية والتوجيه والانذار في مجال الأمن الصحي، وتكلف[1]:

- التشاور مع الهياكل المعنية، بإعداد الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي والسهر على تنفيذها؛
- تضمن الوكالة تنسيق البرامج الوطنية للوقاية من التهديدات وأخطار الأزمات الصحية ومكافحتها؛
- تتولى الوكالة مهمة المستشار العلمي لرئيس الجمهورية في مجال الأمن الصحي وإصلاح المنظومة الوطنية للصحة العمومية.

قبل نهاية عام 2020 صدر مرسوم رئاسي آخر يهدف لتوضيح صلاحيات الوكالة وتنظيمها وسيرها، حددت صلاحياتها في مجال الأمن الصحي بالعناصر التالية[2]:

- التقييم الدوري والخبرة للمخاطر الصحية المتعلقة بالمواد الصيدلانية، والأدوية ذات الاستعمال البشري أو البيطري، والمواد البيولوجية، والبيوتكنولوجية، والدراسات العيادية، والمستلزمات الصحية، والتغذية، والصحة في وسط العمل، والصحة الحيوانية والنباتية، ومواد النظافة، ومواد التجميل، والمياه، والبيئة، والسهر على احترام الممارسات الحسنة والمقاييس والمعايير والبروتوكولات المرتبطة بها؛
- التقييم الدوري والإخطار الذاتي فيما يخص المخاطر والتهديدات من كل مصدر على صحة السكان والنظافة العمومية؛
- تنسيق نشاطات اليقظة الصحية والوبائية وإطلاق الإنذارات المبكرة لتمكين أجهزة تسيير الحالات الاستثنائية من الانتشار في الوقت المناسب، عبر كل التراب الوطني إلى غاية الحدود؛
- تسيير وتنسيق حالات الاستعجال المرتبطة بالمخاطر الصحية، على المستوى الوطني؛

---

[1] المادة 03 من المرسوم الرئاسي رقم 20–158.

[2] المرسوم الرئاسي رقم 20–435 مؤرخ في 15 جمادى الأولى عام 1442 هـ الموافق 30 ديسمبر سنة 2020، يوضح صلاحيات الوكالة الوطنية للأمن الصحي وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 01، الصادرة بتاريخ 18 جمادى الأولى عام 1442 هـ الموافق 02 جانفي سنة 2021)، المادة 02 و04.

- إقامة وتطوير علاقات التعاون والشراكة مع الهيئات الأجنبية المماثلة والتنسيق مع المنظمات الدولية المختصة، لا سيما أثناء الجائحة والأزمات الصحية الكبرى وتبادل الوثائق والمعلومات المتعلقة بها؛
- متابعة تطور المعطيات مع مختلف الهياكل المعنية، فيما يخص تسيير الاحتياطات الاستراتيجية من الأدوية والمستهلكات الطبية الجراحية، بوسائل التشخيص ووسائل الحماية المخصصة للتكفل بحالات الاستعجال الصحية والمخاطر الصحية الكبرى؛
- إنجاز دراسات اليقظة والاستشراف والبحث العلمي، وكذا كل التحاليل المساعدة على فعالية السياسة في مجال الأمن الصحي.

أما في مجال إصلاح المنظومة الوطنية للصحة فيتعلق دورها بعصرنة المنظومة الصحية وتحضيرها لمواجهة التحديات المستقبلية، أيضا جمع المعطيات الوبائية للبلاد، مع إعداد إصلاح مناهج تسيير هياكل العلاج[1].

يسير الوكالة مجلس توجيه وتزود بمجلس علمي ولجنة للأخلاقيات والأدبيات الطبية، يرأسه مدير ديوان رئاسة الجمهورية أو ممثله، فيما يتعلق بمجلس التوجيه فهو يتكون من ممثلي عشرة وزرات وخمسة مدراء مؤسسات إضافة لممثل المندوب الوطني للمخاطر الكبرى، تتخذ القرارات بالأغلبية البسيطة[2].

يمثل المجلس العلمي جهاز توجيه استراتيجيا وقياديا علميا للوكالة، ويبدى رأيه، خصوصا في كل مسألة تتعلق بمهام الوكالة، يتكون من رئيس الوكالة والمدير العام للمعهد الوطني للصحة العمومية، إضافة لثلاثون خبيرا في الاختصاصات الطبية والتكنولوجية والتخطيط الصحي* والصحة العمومية...، يعينون من قبل مدير ديوان رئاسة الجمهورية لمدة أربعة سنوات قابلة للتجديد، بناءا على اقتراح من رئيس الوكالة، يرأسه أحد أعضائه المنتخب من نظرائه[3].

فيما يتعلق بلجنة الأخلاقيات والأدبيات الطبية، يتراوح عددهم مابين سبعة أو عشرة أعضاء من الشخصيات الذين يتمتعون بسمعة حسنة لدى المجموعات العلمية والطبية، يختارون بناء على

---

[1] المادة 02 و05 من المرسوم الرئاسي رقم 20-435.

[2] المرجع نفسه، المواد: 04، 05، 12.

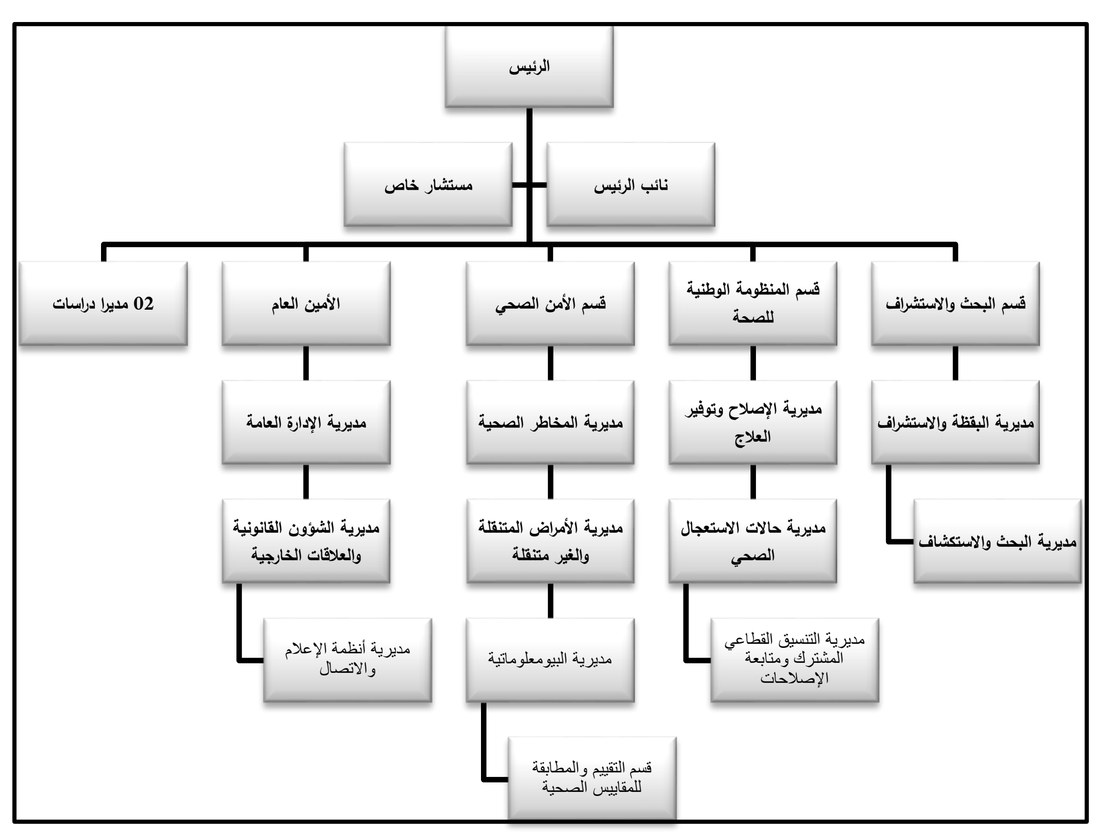
* التخطيط الصحي هو العملية التي تقوم على تحليل البيانات وتحديد الاحتياجات وتقدير الموارد المتاحة، واستعمال نتائج هذا التحليل في الإعداد للتغيير وفقا لأهداف مقصودة ومحددة مسبقا. لمزيد من التفاصيل حول التخطيط الصحي:

نورالدين حاروش، *الإدارة الصحية: دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني* (الجزائر: دار الأمة، 2017)، 18-22.

[3] مرسوم رئاسي رقم 20-435، المواد: 16، 17، 18، 19.

اقتراح من رئيس الوكالة لمدة أربعة سنوات قابلة للتجديد، يعينون من قبل مدير ديوان رئاسة الجمهورية، تكلف اللجنة بإعداد مدونة للأدبيات تطبق على نشاطات الوكالة، تعالج خصوصا المسائل المتعلقة بتنازع المصالح وأمن الدراسات العيادية[1].

شكل رقم 19: الهيكل التنظيمي لوكالة الأمن الصحي



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على: المرسوم الرئاسي رقم 20-435 مؤرخ في 15 جمادى الأولى عام 1442 هـ الموافق 30 ديسمبر سنة 2020، يوضح صلاحيات الوكالة الوطنية للأمن الصحي وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 01، الصادرة بتاريخ 18 جمادى الأولى عام 1442 هـ الموافق 02 جانفي سنة 2021)، المواد: 13، 27، 29، 30، 31.

يوضح الشكل بأن رئيس الوكالة يساعده في أداء مهامه نائب ومستشار خاص، بينما تتكون الأمانة العامة من ثلاث مديريات وثلاث أقسام ولكل قسم عدد من المديريات، كما يساعد الأمين العام اثنين مديرا دراسات.

[1] مرسوم رئاسي رقم 20-435، المادة 23 و24.

الفرع الثاني: تقييم لدور الوكالة الوطنية للأمن الصحي في إدارة الأزمات الصحية

إنشاء وكالة الأمن الصحي كان ضرورة ملحة في ظل عالم معولم فرض تحديات صحية جديدة، علاوة على التزايد المستمر لأعداد المواطنين مما يستلزم تحسين أداء تقديم الخدمات الصحية، مع تطوير المنظومة الصحية، ورفع جهوزية الاستجابة للأخطار الصحية، والاستعداد لإدارة الأزمات الصحية.

بالرغم من أهمية وكالة الأمن الصحي وعلاقاتها المباشرة بإدارة الأزمات الصحية، إلى أن هناك مجموعة من الاختلالات التي ستؤدي بالضرورة لعدم تحقيق مختلف الأدوار المكلفة بها، نوجزها في مايلي:

- المرسوم الرئاسي 20-435 لم يذكر صراحة بأن إدارة المخاطر والأزمات الصحية جزء من عملها؛
- إغفال الإشارة إلى دور الوكالة في عملية التدريب؛
- عدم إعطاء الوكالة صلاحية التخطيط مباشرة لإدارة الأزمات الصحية قبل وأثناء وبعد الأزمة الصحية؛
- لم يشر المرسومين لاختصاص الخبراء والمتخصصين، بينما كان الأجدر التركيز على ضرورة تخصصه عدد منهم في مجال إدارة الأزمات والمخاطر والكوارث بصفة عامة؛
- حصر أدوار الوكالة تقريبا في التقييم والتنسيق؛
- استخدام مصطلح "تسيير" وليس مصطلح "إدارة" عند تطرق المرسوم الرئاسي 20-435 للمخاطر الصحية؛
- المرسوم 20-435 تراجع عن الدور الذي حدده المرسوم 20-185 المتعلق برسم استراتيجية وطنية للأمن الصحي، فصلاحية اتخاذ القرار في يد مجلس التوجيه، فحتى رئيس الوكالة يحضر بصوت استشاري؛
- يتميز الهيكل التنظيمي بالطابع البيروقراطي بمعناه السلبي، من كثرة الأقسام والمديريات، كما يتجلى بشكل واضح تداخل الصلاحيات الموكلة لمديريات كل من قسم الأمن الصحي وقسم المنظومة الوطنية للصحة مع صلاحيات مديرية الوقاية بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؛

- أحد أعضاء مجلس التوجيه مندوب المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى، وهو ما يطرح تساؤلات عن دوره على مستوى وكالة الأمن الصحي، كان الأجدر التوجه نحو إنشاء مركز وطني لإدارة الكوارث والأزمات، يعطى له دور شامل في إدارة الأزمات الصحية وكل المخاطر والأزمات والكوارث عامة.

المبحث الثاني: إدارة الأزمات الصحية: الأطر التنظيمية والمخططات التوجيهية

يبحث المطلب الأول من هذا المبحث في مختلف الوثائق القانونية المتعلقة بالإطار التشريعي والقانوني فلكل مرسوم أو قانون أو أمر هدف معين تم صياغته لأجله، أما المطلب الثاني فيبحث في كيفية عمل مخطط نظام الترصد الوطني للأمراض، بينما يتناول المطلب الثالث المخطط الوطني للوقاية والتأهب والاستجابة للأمراض ذات طبيعة وبائية عبر المستويين الوطني والدولي، كما يبحث المطلب الرابع في أدوار مخططات تنظيم النجدة.

المطلب الأول: الإطار التشريعي/القانوني: تحليل وفحص للمضمون

بعد زلزال الشلف في 1980 تتابعت القوانين والمراسيم والأوامر في الصدور، نظرا لإدراك صانع القرار للأزمات والأخطار والكوارث التي تحيط بالجزائر عبر كامل ترابها الجغرافي، وتكلفتها البشرية والمادية الكبيرة.

الفرع الأول: الدستور

نظرا لوقوع الجزائر في الخريطة الجغرافية للكوارث الطبيعية، وإمكانية تعرضها لمخاطر كوارث أخرى متنوعة بشرية وصحية، فقد أولى الدستور أهمية خاصة للجانب الوقائي في إدارة الكوارث، منها ما يخص مجال الحماية والأمن للمواطنين[1]، حيث نصت المادة 28 من دستور 2020 على أن "الدولة مسؤولة عن أمن الأشخاص والممتلكات[2]"، كما جاء أيضا الدستور بنصوص أخرى تجسيد للحقوق الدستورية المتمثلة في إلزامية حماية كل شخص يعيش على التراب الوطني من أي تهديد أو خطر كان، كما تعرض الدستور كذلك للحق في الصحة أو الرعاية

---

[1] ناجي، "دور الجماعات الإقليمية،"، 409.

[2] المرسوم الرئاسي رقم 20-442 مؤرخ في 15 جمادى الأولى عام 1442 هـ الموافق 30 ديسمبر 2020، يتعلق بإصدار التعديل الدستوري، المصادق عليه في استفتاء أول نوفمبر 2020 (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 82، الصادرة بتاريخ 15 جمادى الأولى عام 1442هـ الموافق 30 ديسمبر 2020)، المادة 28.

الصحية، واعتبرها إحدى الحقوق الأساسية للمواطن، والتزام على عاتق الدولة، تسهر على ضمانه لكل الأفراد دون تمييز [1].

جسدت المطة الثانية من المادة 63 لدستور 2020 هذا الالتزام "الرعاية الصحية، لاسيما للأشخاص المعوزين والوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحته"[2]، وبالمقابل هناك ظروف استثنائية تقتضي وجود اهتمام خاص ومضاعف بصحة الإنسان على غرار الكوارث الطبيعية والبشرية التي تجعل من صحة الإنسان في تهديد وخطر، الأمر الذي يتطلب تعزيز الجهود وتضافرها في سبيل الرعاية الصحية واحتواء الكارثة والتصدي لخطرها على صحة الإنسان[3].

الفرع الثاني: المراسيم والقوانين

أولا: المرسوم رقم 85-232 المتعلق بالوقاية من أخطار الكوارث:

صدر هذا المرسوم في نفس سنة صدور أول مرسوم يعنى بمخطط النجدة، وفي ذات الجريدة الرسمية، بسبب إفرازات زلزال شلف سنة 1980، وليكون مكملا لمخططات النجدة، وردت في المرسوم 11 مادة، يهدف أساسا هذا المرسوم لرفع جهوزية جميع القطاعات والهيئات والسلطات للاستجابة لمختلف الأخطار.

يتعين على كل سلطة أو هيئة مؤهلة، أن تتخذ وتستخدم في إطار القوانين والتنظيمات المعمول بها، جميع التدابير والمعايير التنظيمية والتقنية التي من شأنها أن تستبعد الأخطار التي يمكن أن تعرض أمن الأشخاص والممتلكات والبيئة للخطر، أو أن تخفف من آثارها[4].

نص المرسوم صراحة على ضرورة تنفيذ أحكام المادة الأولى سابقة الذكر، من قبل كل وزير أو عدة وزراء من خلال وضع نصوص مخطط الوقاية من مختلف الأخطار التي تشمل قطاعه مع المراجعة الدورية للمخطط، بالاشتراك مع وزير الداخلية والجماعات المحلية إن لزم الأمر، كما يقوم أيضا كل وزير بتدابير تكوين المستخدمين المنوط بهم تنفيذ مخطط الوقاية، مع ضبط وتنفيذ برامج الاعلام والتوعية بالأخطار ذات العلاقة بقطاعه الوزاري بمشاركة وزارة الداخلية والجماعات المحلية.

---

[1] ناجي، "دور الجماعات الإقليمية،"، 409.

[2] المطة الثانية من المادة 63 للمرسوم الرئاسي رقم 20-442.

[3] ناجي، "دور الجماعات الإقليمية،"،409.

[4] المرسوم رقم 85-232 مؤرخ في 09 ذي الحجة عام 1405 هـ الموافق 25 غشت سنة 1985، يتعلق بالوقاية من أخطار الكوارث (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 36، الصادرة بتاريخ 12 ذو الحجة عام 1405 هـ الموافق 28 غشت سنة 1985)، المادة 01.

فوزير الداخلية يحتل مكانة خاصة على أساس أنه يقوم بعملية التنسيق مع كل الوزارات الأخرى فيما يخص الوقاية من الأخطار الطبيعية أو التكنولوجية، أما الوالي فيسهر على تنفيذ التدابير والمعايير المحددة في مجال الوقاية من الأخطار وعلى تطبيقها المحتمل في بلديات ولايته، والمرسوم يحدد أيضا مسؤوليات المؤسسات والهيئات والأجهزة والوحدات في وضع مخططات للوقاية من الأخطار يكون مطابقا لأعمالها ولمعايير الخطة المقررة[1].

ختم المرسوم بإسناد مهمة تنفيذ مخطط الوقاية للحماية المدنية وخلية الوقاية التي تنشأ ضمن القطاعات والهيئات والسلطات، كما تكلف الحماية المدنية من جهة أخرى بتسيير مخطط تنظيم التدخلات والاسعافات، الذي أصبح مخطط النجدة حاليا.

يشمل طبعا وضع مخطط الوقاية وزارة الصحة، فحسب هذا المرسوم هي مكلفة بالتنفيذ فيما يخص الأخطار الصحية، لكن نجد تاريخ تعيين أول لجنة لإعداد مخطط وقاية صحي تأخر لسنة 2015، كما تم تناوله في المبحث الثاني في المطلب الثاني في هذا الفصل.

ثانيا: مرسوم تنفيذي رقم 90-402 يتضمن تنظيم صندوق الكوارث الطبيعية والأخطار التقنولوجية الكبرى وسيره:

تم إنشاء هذا الصندوق بغرض التخفيف من نتائج الكوارث الطبيعية على المواطن[2]، وردت في هذا المرسوم 21 مادة موزعة على 05 فصول، فحسب المادة الأولى يهدف إلى ضبط تنظيم صندوق الكوارث الطبيعية والأخطار التقنولوجية الكبرى وسيره، بينما تتنوع إيرادات الصندوق حسب مساهمات الاحتياط القانوني للتضامن والمؤمنين ومؤسسات المؤمنين، فيما تتكون النفقات من التعويضات والنفقات الخاصة بالدراسات ونفقات المصالح العمومية، وأخيرا مصاريف تسيير الصندوق وملفات النكبات[3].

---

[1] شريف، "الاطار القانوني،"، 373-374.

[2] المرجع نفسه، 374.

[3] المرسوم التنفيذي رقم 90-402 مؤرخ في 28 جمادى الأولى عام 1411 هـ الموافق 15 ديسمبر سنة 1990، يتضمن تنظيم صندوق الكوارث الطبيعية والأخطار التقنولوجية الكبرى وسيره (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 55، الصادرة بتاريخ 02 جمادى الثانية عام 1411هـ الموافق 19 ديسمبر سنة 1990)، المواد: 01، 02، 03.

أشار الفصل الثالث من المرسوم لكيفية إعلان منطقة منكوبة، حيث يقدم الوالي تقريرا مفصلا لكل من وزير الداخلية والمالية، بعد التثبت من واقع الكارثة الطبيعية من قبل مصالح البلدية أو الولاية أو الدولة بصفة عامة[1]، كما تتولى دراسة ملفات التعويضات لجان بلدية وولائية ووطنية.

للإشارة، فبناء على تقرير من وزير الداخلية صدر المرسوم 17-191 معدلا لهذا المرسوم لكلمة "التقنولوجية" بـ"التكنولوجية".

ثالثا: قانون رقم 20-04 المتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث، في إطار التنمية المستدامة:

والذي يعد من أهم القوانين في مجال الأمن الصحي والوقاية من الكوارث وتسيير الأزمات، حيث تعرض إلى تعريف الخطر الذي هو كل تهديد محتمل على الإنسان وبيئته، يمكن حدوثه بفعل مخاطر طبيعية استثنائية أو بفعل نشاطات بشرية، وفي المادة العاشرة منه يحدد الأخطار الكبرى المعنية بهذه الوقاية ومن بينها الأخطار المتصلة بصحة الإنسان، والإخطار التي لها علاقة بالتلوث والكوارث المترتبة على التجمعات البشرية الكبيرة[2].

ويتعرض القانون في الفصل الثاني إلى أهداف وأسس ومبادئ الوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث[3]، ثم يتطرق في الفصل الثالث إلى الوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث التي تشكل منظومة شاملة، تشرف عليها الدولة وتقوم بتنفيذها المؤسسات العمومية والجماعات الإقليمية في إطار صلاحياتها، بالتشاور مع المتعاملين الاقتصاديين والاجتماعيين والعلميين، وبإشراك المواطنين ضمن الشروط المحددة بموجب القانون، وبعدها يتم تحديد الإجراءات والقواعد الرامية إلى الحد من قابلية الإنسان والممتلكات للإصابة بالمخاطر الطبيعية، وتتمثل الإجراءات في مجموعة الترتيبات والتدابير القانونية المتخذة من أجل ضمان الظروف المثلى للإعلام والإعانة والإغاثة والنجدة والأمن والمساعدة، كما تطرق القانون إلى ترتيبات الأمن الاستراتيجي في إطار الاستراتيجية الوقائية وحددها في ثلاثة فروع: عنصر الاتصالات الاستراتيجية والمواصلات السلكية واللاسلكية، وعنصر النقل والمواصلات والطرق السريعة[4].

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 90-402 ، المادة 06 و07.

[2] ناجي، "دور الجماعات الإقليمية،"، 410.

[3] شريف، "الاطار القانوني،"، 378.

[4] ناجي، "دور الجماعات الإقليمية،"، 410.

حددت المادة العاشرة من القانون مجموعة الأخطار الكبرى، إذ تتمثل في: الزلازل والأخطار الجيولوجية، الفيضانات، الأخطار المناخية، حرائق الغابات، الأخطار الصناعية والطاقوية، الأخطار الإشعاعية والنووية، الأخطار المتصلة بصحة الإنسان، الأخطار المتصلة بصحة الحيوان والنبات، أشكال التلوث الجوي أو الأرضي أو البحري أو المائي، الكوارث المترتبة على التجمعات البشرية الكبيرة[1].

جاءت المادتين 36 و37 مفسرة لأحكام الأخطار المتصلة بصحة الإنسان، إذ يحدد المخطط العام للوقاية من الأخطار المتصلة بصحة الإنسان، فيما يخص الأمراض المنطوية على خطر العدوى أو الوباء، ما يأتي[2]:

- منظومة المواكبة وطريقة تحديد المخابر المرجعية المكلفة بممارسة هذه المواكبة؛
- منظومات الإنذار المبكر أو الإنذار في هذا المجال.

يحدد المخطط العام للوقاية من الأخطار المتصلة بصحة الإنسان، أيضا، التدابير الوقائية التي يمكن تنفيذها في حالة وقوع هذه الأخطار[3]، نستشف من المادتين دور وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في وضع مخطط نظام الترصد الوطني للأمراض، والمخطط الوطني للوقاية والتأهب والاستجابة للتنبيه في حالة وجود تهديدات صحية مع احتمالات وبائية وحالات صحية عامة على النطاق الدولي، بالتعاون مع القطاعات الوزارية الأخرى.

رابعا: القانون المتعلق بالصحة الصادر في 2018/08/29:

الذي اعتبر في المادة 88 الأشخاص ضحايا الكوارث أو أي حادث استثنائي آخر في وضع صعب لتميز وضعيتهم المادية والاجتماعية بالهشاشة، الأمر الذي يستوجب وجود حماية صحية خاصة توفرها الدولة، حيث تضمن الهياكل ومؤسسات الصحة العمومية والخاصة المكلفة بخدمة عمومية التغطية الصحية المجانية، لكل الأشخاص الذين هم في وضع صعب ومن بينهم ضحايا الكوارث[4].

كما نص القانون على التدابير المنصوص عليها في القسم الثاني من الباب الثاني تحت عنوان "الوقاية من الأمراض ذات الانتشار الدولي ومكافحته"، حيث جاء في نص المادة 43: تضع الدولة

[1] المادة 10 من القانون رقم 20-04.
[2] المرجع نفسه، المادة 36.
[3] المرجع نفسه، المادة 37.
[4] ناجي، "دور الجماعات الإقليمية،"، 410.

التدابير الصحية القطاعية والقطاعية المشتركة الرامية إلى وقاية المواطنين وحمايتهم من الأمراض ذات الانتشار الدولي. مصلحة المراقبة الصحية بالحدود هي مصلحة طبية تمارس نشاطها بواسطة مراكز صحية متواجدة على مستوى نقاط الدخول الحدودية[1].

الفرع الثالث: **أمر رقم** 03-12 **يتعلق بإلزامية التامين على الكوارث الطبيعية وبتعويض الضحايا**

يتكون هذا الأمر من 17 مادة، وهو مكمل للمرسوم التنفيذي رقم 90-402، يهدف إلى تأمين ملاك العقارات لأملاكهم، بغية تعويضهم عن أضرار الكوارث الطبيعية، وهو ما ينسحب أيضا على كل شخص يمارس نشاطا صناعيا أو تجاريا.

تشير المادة الثانية من الأمر إلى أن آثار الكوارث الطبيعية هي الأضرار المباشرة التي تلحق بالأملاك جراء وقوع حادث طبيعي ذي شدة غير عادية، مثل الزلزال أو الفيضانات أو العواصف أو أي كارثة أخرى. وفيما يخص التعويض على الكوارث، نصت المادة الثانية عشر على انه يجب أن تسدد تعويضات التامين المستحقة بموجب الضمان من آثار الكوارث الطبيعية المذكورة في هذا الأمر، في أجل لا يتعدى ثلاثة أشهر ابتداء من تحديد مبلغ الأضرار الملحقة عن طريق الخبرة[2].

الفرع الرابع: **تقييم مكانة إدارة الأزمات الصحية ضمن الإطار التشريعي/القانوني**

لاشك بأن الجزائر تتوفر على إطار تشريعي وقانوني مكثف نتيجة للكوارث والمخاطر الطبيعية والتكنولوجية، لكن هناك إهمال واضح للأزمات الصحية وتبعاتها الاقتصادية والخسائر البشرية، فالمرسوم 85-232 المتعلق بالوقاية من أخطار الكوارث، أحال وضع مخطط للوقاية من الأخطار الصحية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وكانت النتيجة اعداد مخطط نظام الترصد الوطني للأمراض، والمخطط الوطني للوقاية والتأهب والاستجابة للتنبيه في حالة وجود تهديدات صحية مع احتمالات وبائية وحالات صحية عامة على النطاق الدولي، وقيد بينا الاختلالات التي تميز هذين المخططين.

أما المرسوم التنفيذي رقم 90-402 والأمر 03-12 فلم يشرا بتاتا لتعويضات خسائر الأزمات الصحية الواسعة الانتشار، والتي تتطلب إجراءات تضر بالاقتصاد والتجار والمستثمرين والقطاع العام والخاص عموما وعلى حد السواء.

---

[1] ناجي، "دور الجماعات الإقليمية،"، 410.

[2] صورية شريف، "الاطار القانوني،"، 376.

شكل قانون 20-04 حالة فارقة فيما يتعلق بمختلف المهددات والأخطار، فيما يتعلق بالأخطار المهددة على الإنسان، فقد أحال وضع مخطط عام للوقاية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على غرار المرسوم 85-232 المتعلق بالوقاية من أخطار الكوارث، إن المادة 37 من القانون تقودنا لطرح السؤال التالي: فهل هناك تدابير وقائية يمكن تنفيذها عندما تصبح هذا الأخطار أزمة صحية؟، هذا ما سيجيب عليه الفصل الثالث.

المطلب الثاني: مخطط نظام الترصد الوطني للأمراض

وضعت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مخطط لرصد مجموعة من الأمراض، بهدف القضاء عليها نهائيا أو التقليل من تأثيراتها على صحة المواطن، سنرصد في هذا المطلب نظام عمل هذا المخطط بناء على مجموعة من وثائق الهيئة الوصية.

يخضع الإبلاغ الإلزامي لقرار وزارة الصحة رقم 179 المؤرخ في 17 نوفمبر 1990 الذي يحدد قائمة الأمراض الواجب الإبلاغ* عنها وإجراءات الإخطار والتعميم، إضافة إلى تعليمة مديرية الوقاية رقم 1126 المؤرخة في 17 نوفمبر 1990 المتعلقة بنظام ترصد الأمراض السارية تحدد طرق الإبلاغ من وحدة الصحة الأساسية إلى الهياكل المركزية[1].

يقوم قطاع الصحة المختص إقليميا بجمع بيانات الأمراض المشتبه بها أو المؤكدة بانتظام، من قبل أطباء ومختبرات القطاع الصحي والمستشفيات الجامعية والمستشفيات المتخصصة، على الأطباء والصيادلة الممارسون بصفة خاصة إبلاغ القطاع الصحي المختص إقليميا بحالات الأمراض المشتبه بها أو المؤكدة، وعند الاقتضاء، عن طريق البريد الخالي من رسوم، مطلوب أيضا من الطبيب أو المسؤول عن المختبرات الإبلاغ عبر وسيلة اتصال (تلكس أو هاتف أو أي وسيلة اتصال أخرى) التبليغ عن الحالات الوبائية التي حددها منشور وزارة الصحة[2].

* قائمة الأمراض الواجب الإبلاغ عنها (**MDO**) هي: كوليرا، حمى التيفوئيد والحمى نظيرة التيفية، التسمم الغذائي الجماعي، التهاب الكبد الفيروسي، الخناق، كزاز، السعال الديكي، شلل الأطفال، الحصبة، التهاب السحايا النخاعي، التهاب السحايا غير السل، السل، ملاريا، داء الليشمانيات الحشوي، داء الليشمانيات الجلدي، داء المشوكات الكيسي، داء الكلب، الجمرة الخبيثة، داء البروسيلات، البلهارسيا، الجذام، داء البريميات، التهاب الإحليل بالمكورات البنية، التهاب الإحليل غير السيلاني، مرض الزهري، عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، التيفوس الطفحي، الريكتسيوسات الأخرى (حمى البحر الأبيض المتوسط المبقعة)، طاعون، حمى صفراء، التراخوما.

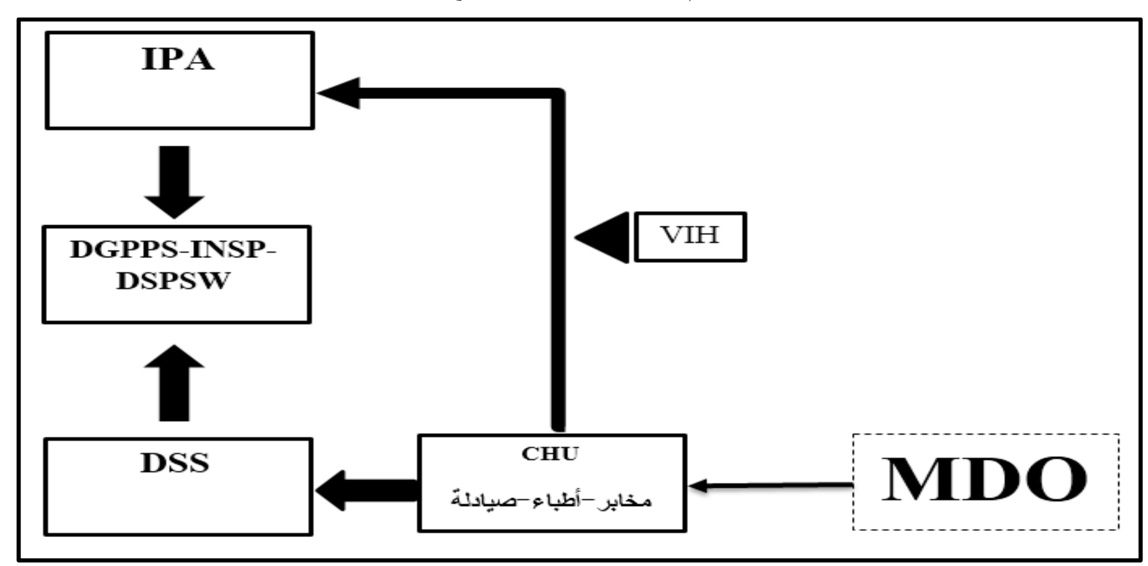
[1] Ali Ait-Mohand, “La Déclaration Obligatoire de Certaines Maladies Infectieuses en Algérie”, *Journal Algérien de Médecine* 28, no.02, (2020) :01.

[2] Med Ould-Kada, “Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements Publics de Santé”, Arrete n° 179/MS/CAB du 17 Novembre 1990 Fixant la Liste des Maladies A Déclaration Obligatoire et Les Modalites de Notification, Santé Maghreb, consulté le : 05 Février, 2022, https://bit.ly/3ts4FyN, 562.

كجزء من مراقبة الأمراض الواجب التبليغ عنها، المعهد الوطني للصحة العمومية مسؤول عن معالجة وتحليل ونشر الإحصاءات الوبائية الوطنية، على وجه الخصوص، مطلوب منه إرسال بيان شهري إلى مديرية الوقاية في وزارة الصحة، وإصدار نشرة وبائية وطنية بانتظام[1].

يهدف الإبلاغ إلى تنبيه خدمات الصحة العمومية، التي تقرر إذا لزم الأمر التدابير المتعلقة بالرعاية والوقاية: العزل، التطعيم، العلاج الكيميائي الوقائي، مع جمع البيانات الأكثر دقة التي تحدد عدد الحالات المرصودة لمجموعة الأمراض، وهو ما يسمح بتنفيذ عمليات التحقق من المعلومات الواردة في البداية، وتحليل أولي للوضع، إضافة لتتبع مصدر العدوى والمخالطين بحيث لا تتكرر نفس الظروف أو يقل احتمال حدوثها في المستقبل، كما يهدف أيضا لجمع العينات للتحليل المخبري والتطهير[2].

شكل رقم 20: مخطط التبليغ عن الأمراض



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

- Med Ould-Kada, “Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements Publics de Santé”, Arrete n° 179/MS/CAB du 17 Novembre 1990 Fixant la Liste des Maladies A Déclaration Obligatoire et Les Modalites de Notification, Santé Maghreb, consulté le : 05 Février, 2022, https://bit.ly/3ts4FyN, 562.
- Med Ould-Kada, “Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements Publics de Santé”, Circulaire N° 1126 MS/ DP/ SDPG DU 17 Novembre 1990, Santé Maghreb, consulté le : 05 Février, 2022, https://bit.ly/3ts4FyN, 564-566.

[1] Kada, “Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion, 562.
[2] Ait-Mohand, “La Déclaration Obligatoire,”, 02.

يحدد الشكل مستويات التبليغ عبر نظام الترصد، يمكن إجمالها في مايلي:

- **CHU:** يقوم مدير وحدة CHU بجمع القراءات التي وضعها رؤساء المختبرات على مستوى مؤسسته كل يوم، يرسل تدريجيا نسخة واحدة للإدارة العامة، وأخرى لمدير قطاع الصحة ذو الاختصاص الإقليمي، في حالة عدم وجود إعلان لمدة أسبوع، يرسل مدير وحدة CHU تقريرا أسبوعيا مع ذكر لا شيء لنفس المستلمين.
- **الهياكل الخاصة:** يقوم الطبيب الممارس ومدراء المخابر والصيادلة بصفة خاصة بالتبليغ عن طريق البريد الخالي من الرسوم، بمجرد الاشتباه بأمراض الواجب الإبلاغ عنها، يرسل التبليغ لمدير قطاع الصحة المختص إقليميا.
- **مدير القطاع الصحي(DSS)** : بناء على الظروف المحلية، ينظم مدير قطاع الصحة الإقليمي عملية جمع الإخطارات بالأمراض الواجب الإبلاغ عنها، يجب ألا تتجاوز عملية التجميع بأي حال من الأحوال أسبوعا واحدا، في حالة عدم الإعلان عن الأمراض لمدة أسبوع، يتم تقديم تقرير أسبوعي، أما في حالة ظهور أحد الأمراض يرسل بيان بشكل منتظم، وتقرير ملخص شهري، ترسل التقارير لمديرية الوقاية بوزارة الصحة (DGPPS)، المعهد الوطني للصحة العامة(INSP)، مديرية الصحة والحماية الاجتماعية بالولاية (DSPSW).

أفادت تعليمة مديرية الوقاية رقم 1126 بالإبلاغ عن جميع الأمراض المحددة باستثناء فيروس VIH، بإرسال تقرير أسبوعي وشهري لمديرية الصحة والحماية الاجتماعية بالولاية، ومديرية الوقاية، أيضا المعهد الوطني للصحة العامة(INSP)، كما يتم معالجة المصابين على مستوى قسم علم الأوبئة والطب الوقائي في القطاع الصحي المختص إقليميا، كما أشارت التعليمة بإطلاق التحقيق الوبائي بمجرد ظهور الأمراض.

أما في حالة اشتباه الطبيب في VIH يرسل المريض للمختبر المرخص له إجراء تحليل الكشف عن VIH، في حال إيجابية المصل، يرسل المصل الإيجابي لمعهد باستور (IPA)، يقوم بإبلاغ المختبر مرسل العينة بإيجابية أو سلبية أو حالة الشك في العينة، كما يقوم المعهد وعلى الفور في حال إيجابية العينة بمراسلة مديرية الوقاية والمعهد الوطني للصحة العامة.

بعد تأسيس مديريات الصحة والسكان في سنة 1997، أصبحت هذه الأخيرة محل عمل القطاع الصحي الإقليمي، حيث أسندت لها جميع أدوار القطاع الصحي الإقليمي.

المطلب الثالث: المخطط الوطني للوقاية والتأهب والاستجابة

تشكل الوقاية الصحية جميع الإجراءات الوقائية التي يتم تنفيذها، بهدف تجنب أو الحد من ظهور وتطور وخطورة الحوادث والأمراض والإعاقات التي قد تؤثر على جميع السكان أو جزء منهم، تنفذ الجهات الفاعلة المختلفة في مجال الوقاية الصحية تدابير تشريعية أو مالية أو تعليمية أو سلوكية للحفاظ على رأس المال الصحي للأفراد[1].

الوقاية الصحية العامة هي: مجموعة الإجراءات الوقائية والعلاجية والتعليمية والاجتماعية التي تتناول الصحة بشكل جماعي، من بينها: محاربة الأوبئة، الوقاية من الأمراض والحوادث والإعاقات، التثقيف الصحي، مراقبة وتحسين الوضع الصحي للسكان، تحديد وتقليل المخاطر الصحية، تطوير الوصول إلى الرعاية والحد من التفاوتات الصحية، لذلك تهدف إجراءات الوقاية الصحية إلى الحد من ظهور الأمراض أو تطورها أو تفاقمها وتجنبها، من خلال العمل على كل أو جزء من السكان.

بعد اطلاع أمانة المنظمة بأعمال أولية مستفيضة بشأن التنقيح، من خلال التشاور الوثيق مع الدول الأعضاء والمنظمات الدولية وسائر الشركاء المعنيين، وبناء على ظهور المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة "سارس"، وهي أول طارئة صحية عمومية عالمية في القرن الحادي والعشرين وانتشارها على النطاق الدولي، أنشأت جمعية الصحة في 2003 فريقا عاملا حكوميا دوليا مفتوح العضوية للدول الأعضاء كافة من أجل استعراض مسودة تنقيح اللوائح والتوصية بها إلى جمعية الصحة. وتم إقرار اللوائح الصحية الدولية* 2005 من قبل جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين، وذلك في 23 مايو 2005، وبدأ نفادها في 15 يونيو 2007[2].

يتمثل الغرض من هذه اللوائح ونطاقها في الحيلولة دون انتشار المرض على الصعيد الدولي، والحماية منه ومكافحته ومواجهته باتخاذ تدابير في مجال الصحة العمومية، على نحو يتناسب مع المخاطر المحتملة المحدقة بالصحة العمومية، ويقتصر عليها مع تجنب التدخل غير الضروري في حركة المرور الدولي والتجارة الدولية[3].

---

[1] “Qu'est-ce que la prévention santé ? ”, Previssima, consulté le : 05 Février, 2022, https://bit.ly/3ChbvMJ.

* أقرت اللوائح الصحية لأول مرة سنة 1951، ثم عدلت خلال الأعوام: 1969، 1973، 1981.

[2] منظمة الصحة العالمية، *اللوائح الصحية الدولية 2005*، ط.3، (فرنسا: مكتبة منظمة الصحة العالمية، 2016)، 01.

[3] المرجع نفسه، 11.

الفرع الأول: مضامين المخطط

خلال سنة 2013 أعلنت الجزائر تبني اللوائح الصحية الدولية، من خلال صدور المرسوم الرئاسي 13-293 المتضمن نشر اللوائح الصحية الدولية، تبع ذلك تشكيل لجنة تتكون من ممثلي منظمة الصحة العالمة ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، بهدف دراسة المخطط الوطني للوقاية.....، وانتهاء بصياغة ونشر تقرير تحت عنوان " المخطط الوطني للتأهب والاستجابة للتنبيه في حالة وجود تهديدات صحية مع احتمالات وبائية وحالات صحية عامة على النطاق الدولي".

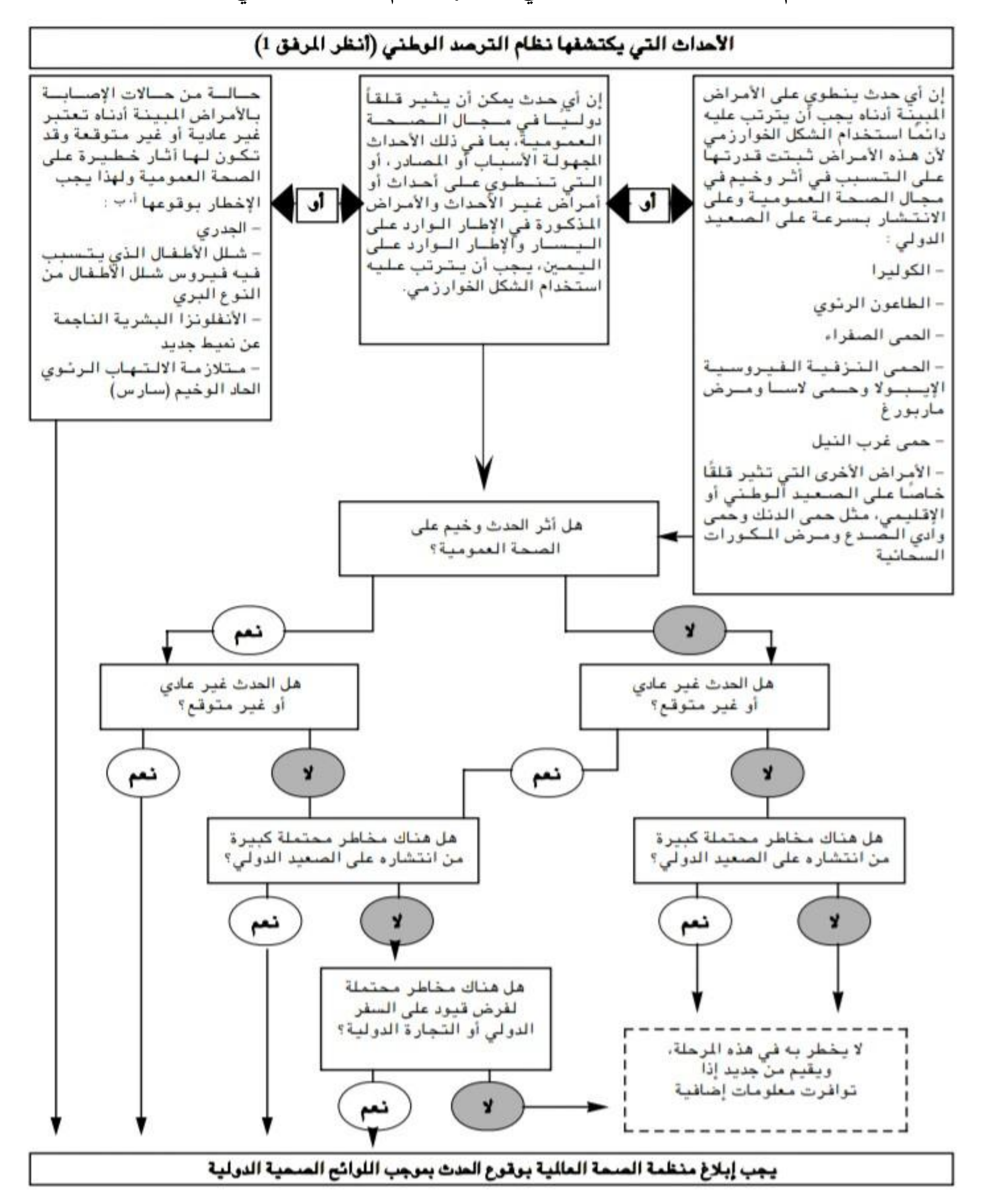
جدول رقم03: الأمراض الواجب الإبلاغ عنها وطنيا ودوليا

قائمة الأمراض الواجب الإبلاغ عنها وطنيا	قائمة الأمراض الواجب الإبلاغ عنها دوليا
البلهارسيا-أمراض التسمم الوشيقي-أمراض الحمى المالطي-أمراض الجمرة الخبيثة-أمراض السعال الديكي-أمراض الدفتيريا-أمراض الزحار الأميبي والعصوي-حمى التيفوئيد والحمى نظيرة التيفية-التهاب الكبد أ-التهاب الكبد ب-التهاب الكبد سي-عدوى فيروس نقص المناعة البشرية -أمراض الكيس العدارية-داء الفيلق-داء الليشمانيات الجلدي-داء الليشمانيات الحشوي-الجذام-داء البريميات- التهاب السحايا بالمكورات السحائية-التهاب السحايا بالمكورات الرئوية-التهاب السحايا الناعور-أنواع أخرى من التهاب السحايا (يتم تحديدها لاحقا) -الملاريا-الشلل الرخو الحاد-الطاعون-أمراض داء الكلب- مرض الريكتسيوس (حمى البحر الأبيض المتوسط المبقعة) -الحصبة-الحصبة الألمانية-مرض الزهري-الكزاز الوليدي-التيتانوس غير المواليد-التسمم الغذائي الجماعي-التراخوما-السل الرئوي-السل خارج الرئة-التيفوس الطفحي.	الشيكونغونيا-الكوليرا-حمى الضنك-الحمى النزفية-حمى الوادي المتصدع-حمى غرب النيل-الأنفلونزا البشرية الناجمة عن نوع فرعي جديد-شلل الأطفال الناجم عن فيروس شلل الأطفال البري-شديد متلازمة الجهاز التنفسي الحادة-الجدري.

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، قرار رقم 133 المؤرخ في 30 ديسمبر 2013، المكمل والمعدل للأمراض الواجب الإبلاغ عنها إجباريا.

نتيجة لتبني الجزائر اللوائح الصحية الدولية، أصدرت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات قرارا بتحديث قائمة الأمراض الواجب الإبلاغ عنها، مع تصنيف الإبلاغ لطابع وطني ودولي، فيما يخص إبلاغ منظمة الصحة العالمية، فقد حددت اللوائح إنشاء الدول نقطة اتصال تتواصل معه منظمة الصحة العالمية في أي وقت، كما يتم عبره تبليغ المنظمة الدولة بظهور الأمراض ذات التبليغ الدولي، في الجزائر تم إنشاء مكتب تنسيق بمديرية الوقاية كنقطة اتصال.

شكل رقم 21: مخطط الأحداث التي يكشفها نظام الترصد الوطني



المصدر: المرسوم الرئاسي رقم 13-293 مؤرخ في 26 رمضان عام 1434 هـ الموافق 04 غشت سنة 2013، يتضمن نشر اللوائح الصحية الدولية (2005)، المعتمدة بجنيف بتاريخ 23 مايو 2005 (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 43، الصادرة بتاريخ 21 رمضان عام 1434 هـ الموافق 28 غشت سنة 2013).

يوضح الشكل بعض الأمراض الواجب الإبلاغ عنها منظمة الصحة العالمية بموجب اللوائح الصحية الدولية المعتمدة، إن المقارنة بين القرار الوزاري رقم 133 المصنف للأمراض ذات الإبلاغ

الوطني والدولي، والمرسوم الرئاسي رقم 13-293، يلاحظ عدم تطابق قائمة الأمراض الواجب إبلاغ بها منظمة الصحة العالمية، كالإيبولا وحمى لاسا ومرض ماربورغ، وهو ما سيخلق إشكال في عملية الإبلاغ، ذلك لأن القرار الوزاري رقم 133 تم إرساله لجميع المؤسسات الصحية.

باشرت اللجنة المشتركة عملها بداية من 15 جوان 2014، اعتمدت على في عملها على مراجعة الوثائق من مراسيم وقرارات وتعليمات، مع القيام بزيارات ميدانية لبعض مؤسسات النظام الصحي، حيث انتهت لوضع تقرير من أربعون صفحة شمل المجالات التالية[1]:

أولا: في مجال المراقبة:

وفقا لأحكام اللوائح الصحية الدولية، يجب على كل دولة طرف أن تكتسب وتعزز وتحافظ على قدرات المراقبة الخاصة بها في غضون خمسة سنوات من دخولها حيز التنفيذ لأجل الكشف المبكر عن أي حدث قد يشكل حالة طوارئ صحية عامة على المستوى الوطني، لهذا هناك حاجة إلى نظام مراقبة إنذار مبكر حساس ومرن، مع تحديد أدوار ومسؤوليات الأشخاص المشاركين.

تتمثل نقاط القوة في نظام المراقبة الوطني في وجود قائمة الأمراض الواجب التبليغ عنها، وتحليل البيانات التي يتم إجراؤها على جميع مستويات الهرم الصحي بمشاركة مختبرات التشخيص، مع وجود أيضا الهياكل كالمعهد الوطني للصحة العمومية ومديرية الوقاية بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مسؤولة عن معالجة البيانات، كما أن التأسيس الأخير لنظام كمبيوتر حديث لدى الوزارة يجعل من الممكن بالتأكيد تعزيز نظام الإنذار المبكر.

تضمنت أوجه القصور التي تم تحديدها في:

- غياب التغذية الراجعة بعد جمع البيانات، مع عدم تحليل البيانات بشكل منهجي؛
- التوزيع المحدود للسجل الوبائي الشهري المستخدم في الملخص السنوي؛
- عدم توثيق تجارب المراقبة الوطنية لنشرها على المجتمع الدولي؛
- ارتفاع الضغط على الموظفين في نقاط جمع البيانات ونقلها؛
- مشاركة المجتمع والدرك الوطني في الولايات والبلديات في الكشف عن البيانات ونقلها.

[1] Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Pays-Algérie, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, *Plan National de Préparation D'alerte et de Riposte en Cas de Menaces Sanitaires a Potentiel Epidémique et D'urgence* de *Sante Publique de Portée Internationale*, Par Smail Mesbah et autres, (Alger, 2014), 14-20, https://bit.ly/3riDSUJ.

ثانيا: في مجال الاستجابة:

وفقا لأحكام اللوائح الصحية الدولية، يجب على كل دولة طرف أن تكتسب وتعزز وتحافظ على قدراتها على الاستجابة في غضون خمس سنوات من دخولها حيز النفاذ، من أجل الاستجابة بسرعة وفعالية في حالة حدوث خطر على الصحة العامة وحالة طوارئ صحية وطنية أو دولي.

آليات القيادة والاتصال والتحكم مطلوبة لتسهيل تنسيق وإدارة عمليات الاستجابة لتفشي الأمراض وأحداث الصحة العامة الأخرى، هناك حاجة إلى فرق عمل سريعة متعددة التخصصات ومتعددة القطاعات لضمان الاستجابة المناسبة لمخاطر الصحة العامة التي تنطوي عليها.

تمتلك الجزائر الموارد التي يمكن استخدامها في حالة طوارئ الصحة العامة، من خلال لجان الأزمات، وفرق التدخل السريع متعددة التخصصات المجهزة بأفراد مؤهلين، والإجراءات والمبادئ التوجيهية الفنية، والتي يمكن تعبئتها في غضون 48 ساعة، كجزء من مخطط النجدة (ORSEC)، كانت أوجه القصور في مايلي:

- إجراءات إدارة الطوارئ لا تأخذ في الاعتبار أحكام اللوائح؛
- عدم وجود مركز عمليات خاص للتنسيق في حالات الطوارئ الصحية؛
- توحيد إجراءات نشر أعضاء فرق التدخل السريع؛
- عدم وجود تقييمات لإدارة حالات الطوارئ الصحية؛
- غياب معايير حماية المهنيين الصحيين.

ثالثا: في مجال التأهب:

تشمل القدرات الأساسية التي تتطلبها اللوائح الصحية الدولية في مجال التأهب، وضع خطط وطنية للأخطار المتعددة للتأهب، والاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العامة، سيتم اختبار هذه الخطط في مواقف حقيقية أو أثناء تمارين المحاكاة، وسيتم صقلها وتحديثها حسب الحاجة.

تملك الجزائر القدرة على الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العامة ذات الاهتمام الوطني والدولي دون المساس بالأنشطة الروتينية للمرافق الصحية، تم استخلاص هذه النتيجة بناء على التدابير التي اتخذتها الجزائر خلال انفلونزا الخنازير 2009، كما تم الإبلاغ عن إجراء تقييم لتحديد لتحديد أنواع حالات الطوارئ التي قد تحدث بالبلاد.

كانت أوجه القصور التي تم تحديدها خلال المراجعة الوثائقية في عدم تقييم الهياكل التي يمكن أن تتدخل في حالة الطوارئ، والفشل في تحديث مخطط النجدة المتخصص في حالات الطوارئ الصحية والكوارث، مما يعيق التكامل بين تطبيق معايير اللوائح وتطبيق خطة وطنية للتأهب والإنذار والاستجابة.

كما لوحظ عدم وجود مراجعة لآلية تعبئة الموارد وإعادة تخصيصها في إطار صندوق الكوارث الطبيعية والأخطار التكنولوجية الكبرى، إضافة لعدم وجود بيانات أساسية للتحضير للتعامل مع المواد الكيميائية والمشعة.

رابعا: في مجال الاتصال في حالة الخطر:

نقل المعلومات في حالة وقوع أحداث غير متوقعة أو غير عادية على أراضي دولة طرف، أمر أساسي وفقا لأحكام اللوائح الصحية الدولية، وهي تزود منظمة الصحة العالمية والدول الأطراف الأخرى بالمعلومات ذات الصلة بالصحة العامة بشأن الأحداث التي تسهل اتخاذ القرار، علاوة على ذلك، باعتبارها قدرة شاملة تحدد وظائف وأدوار ومسؤوليات معينة، فإنها تعزز أداء جميع القدرات الأساسية الأخرى، وبالتالي استجابة وتقييم وإبلاغ واكتشاف للنظم الوطنية الصحية بشكل أفضل.

تضمنت نقاط القوة إنتاج والتطوير المستمر لمواد الاتصال لتغيير السلوك والتوعية العامة للأمراض المعنية، أيضا وجود رغبة في الشفافية في مجال اتصال المخاطر، بينما تمثلت أوجه القصور في عدم وجود خطة أو استراتيجية للإبلاغ عن المخاطر، مع غياب إجراءات التشغيل الموحدة التي تم تطويرها للإبلاغ عن المخاطر.

خامسا: في مجال الموارد البشرية:

يعد تعزيز مهارات وقدرات العاملين في مجال الصحة العمومية أمرا ضروريا للحفاظ على المراقبة وإجراءات الصحة العمومية على جميع مستويات النظام الصحي وفقا لأحكام اللوائح الصحية الدولية.

أبانت مراجعة الوثائق بأن كل رئيس مصلحة لديه وحدات لتطوير وتدريب الموارد البشرية، ونظام للتعليم بعد التخرج، من بين أمور أخرى أيضا، برامج بناء المهارات في علم الأوبئة، لكن تم تحديد مجموعة من نقاط الضعف:

- الافتقار إلى دمج أحكام اللوائح الصحية الدولية في خطط تنمية وتدريب الموارد البشرية؛

- عدم وجود خطة تطوير وتدريب الموارد البشرية؛
- غياب تقييم التدريب لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية.

سادسا: مجال المخابر:

تمتلك الجزائر نظاما كثيفا ومتنوعا من مختبرات التحاليل الطبية الحيوية الموجودة في جميع مستويات الهرم الصحي من المستوى المحلي إلى المستوى المركزي، مع هياكل مثل معهد باستور في الجزائر العاصمة، لديه العديد من المهارات، بعضها من المراكز المتعاونة مع منظم الصحة العالمية، في مجالات: علم الفيروسات، فيروس كورونا، علم السموم....الخ.

ومع ذلك، لا تزال بعض الهياكل تنتظر اعتمادها، ولم يتم تأسيس شبكة جميع هذه المخابر بشكل جيد حسب التخصص، كما أن التسلسل الهرمي ليس واضحا، أيضا عمليات التفتيش لضمان ممارسات أقل خطورة لا يبدو أنها رسمية، كما لاحظ الفريق غياب توجيهات فنية موحدة قابلة للتطبيق وفًقا للمستوى المطلوب لكل فئة من فئات المختبرات.

الفرع الثاني: إنشاء وتنظيم وسير اللجنة المتعددة القطاعات المكلفة بالوقاية والمكافحة لمواجهة التهديدات الصحية ذات القدرة الوبائية واستعجالات الصحة العمومية ذات البعد الدولي

بعد الانتهاء من التقرير ونشره صدر مرسوم تنفيذي رقم 15-210 يتضمن إنشاء وتنظيم وسير اللجنة المتعددة القطاعات المكلفة بالوقاية والمكافحة لمواجهة التهديدات الصحية ذات القدرة الوبائية واستعجالات الصحة العمومية ذات البعد الدولي.

تتكون اللجنة من 18 دوائر وزارية و07 إدارات ومؤسسات وهيئات تحت الوصاية، بالإضافة إلى 10 خبراء في هذا المجال[1]، وتكلف بهذه الصفة على الخصوص، بما يأتي[2]:

- جمع كل المعلومات ذات العلاقة بحادث يمكن أن يسبب خطرا صحيا على السكان يكون مصدره مختلف القطاعات؛

[1] "صحة: تنصيب الأعضاء الجدد للجنة المشتركة بين القطاعات المكلفة بالوقاية ومكافحة الأخطار الصحية"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 10 أفريل، 2022، https://bit.ly/3RjNngT.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 15-210 مؤرخ في 25 شوال عام 1436 هـ الموافق 10 غشت سنة 2015، يتضمن إنشاء وتنظيم وسير اللجنة المتعددة القطاعات المكلفة بالوقاية والمكافحة لمواجهة التهديدات الصحية ذات القدرة الوبائية واستعجالات الصحة العمومية ذات البعد الدولي (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 44، الصادرة بتاريخ 04 ذو القعدة عام 1436 هـ الموافق 19 غشت سنة 2015)، المادة 03.

- تعزيز العلاقات بين مصالح الصحة ومصالح الدوائر الوزارية الأخرى في المجالات التي لها صلة بهام اللجنة المتعددة القطاعات؛
- ضمان تنسيق ومتابعة وتقييم نشاطات مخطط العمل الوطني المتعلق بالوقاية والمكافحة لمواجهة التهديدات الصحية ذات القدرة الوبائية واستعجالات الصحة العمومية ذات البعد الدولي؛
- إعداد آليات تنفيذ اللوائح الصحية الدولية؛
- تنسيق تحليل الأحداث والتدخل في حالة حادث يتعلق بالصحة العمومية ذي بعد دولي سواء كانت المسببات المرضية فيه متنقلة أو غير متنقلة، ظهر على التراب الوطني أو خارجه؛
- نشر المعلومات على القطاعات الوزارية المختصة والقطاعات الأخرى المعنية، لا سيما منها القطاعات المسؤولة على المراقبة والتصريح بالأمراض، ومصالح الصحة العمومية ونقاط الدخول: المطارات والموانئ والمراكز الحدودية البرية؛
- تقديم الدعم التقني الضروري لمختلف القطاعات المعنية في إطار تنفيذ المخطط الوطني للوقاية والمكافحة لمواجهة التهديدات الصحية ذات القدرة الوبائية واستعجالات الصحة العمومية ذات البعد الدولي؛
- اقتراح كل التدابير التي تهدف إلى تدعيم الإطار القانوني لتنفيذ الأحكام المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية؛
- اقتراح كل تدبير لتمويل نشاطات مخطط العمل الوطني المتعلق بالوقاية والمكافحة لمواجهة التهديدات الصحية ذات القدرة الوبائية واستعجالات الصحة العمومية ذات البعد الدولي؛
- تحفيز كل نشاط بحث ذي صلة بمهامها؛
- المبادرة بنشاطات الإعلام والتحسيس والاتصال الاجتماعي؛
- جمع تقارير النشاطات لمختلف القطاعات المعنية ودراستها وتقييمها والتصديق عليها.

الفرع الثالث: تقييم المخطط الوطني للوقاية والتأهب والاستجابة للتنبيه في حالة وجود تهديدات صحية مع احتمالات وبائية وحالات صحية عامة على النطاق الدولي

إن التقرير المشترك بين مكتب منظمة الصحة العالمية بالجزائر، ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، أجرى تقييما شاملا للمخطط بما في ذلك نظام الترصد الوطني للأمراض وحدود تطبيق اللوائح الصحية العالمية، وتوصل لمجموعة من النقاط قسمها لنقاط الضعف والقوة، لكن السؤال المطروح: هل ما توصل إليه التقرير هو تحديد شامل ودقيق لتلك النقاط؟.

اعتمد كتاب التقرير على مراجعة للوثائق والزيارات الميدانية، مع ترجمة ما جاء في الوثائق لنقاط قوة، لكن ماذا عن مدى تطبيق ما جاء في الوثائق على أرض الواقع؟، إذ من الواضح بأن التقرير أغفل نقاط مهمة، كما أن التقرير لا يعكس العنوان، ففي نهاية التقرير تم تقديم توصيات دون وضع مخطط شامل يعكس العنوان.

إضافة لنقاط الضعف التي تم رصدها، يمكن القول بأن مخطط نظام الترصد الوطني للأمراض، يخضع لتعليمات منذ التسعينيات لم يتم تحديثها، مع غياب نظام رقمي شامل، إذ مازالت مؤسسات النظام الصحي تعتمد على السجلات الورقية، يلاحظ أيضا عدم توافق بين تعليمة مديرية الوقاية حول الأمراض الواجب الإبلاغ عنها والمرسوم الرئاسي 13-293، كما أن تقييم حدود الاستجابة تخضع لحدود الاستجابة للأزمات الصحية، وهو ما ستكشف عنه دراستنا لثلاث نماذج في الفصل الثالث.

على إثر أزمة جائحة كورونا أعلنت وزارة الصحة في الثلاثي الأول من سنة 2022، إعادة تعيين أعضاء اللجنة، فقد كانت حصيلة اللجنة السابقة سلبية، كما يلاحظ إصرار على توصيف المخاطر الصحية، واسقاط إدارة المخاطر أو إدارة الأزمات الصحية، سواء في المرسوم 15-210 أو في تصريحات وزير الصحة خلال تنصيب اللجنة، وهو ما دفع وزارة الصحة في الثلاثي الأول من سنة 2022 لإعادة بعث نشاط اللجنة بأعضاء جدد.

المطلب الرابع: مخططات النجدة

يعتبر مخطط تنظيم التدخلات المعروف مختصرا بـ: (ORSEC) [...] من المخططات المنصوص عليها قانونا، حيث أصبح لكل بلدية وولاية مخطط استعجالي خاص بها يدخل في إطار المخطط الوطني لتسيير الأزمات، وذلك لتحقيق السرعة والجاهزية للتدخل في حالة حدوث

أي كارثة[1]، يتم إعلان المخطط الوطني لتنظيم التدخلات على المستوى الوطني، أو على المستوى الولائية، أو على مستوى البلدية، أو على مستوى المؤسسة حسب درجة الخطر والتهديد الذي يعترض المنظمات أو الدولة[2].

دفع زلزال الشلف سنة 1980 السلطات الجزائرية للتفكير في وضع مخطط للنجدة، فصدر سنة 1985 المرسوم 85-231 تحت عنوان "مخطط تنظيم التدخلات والاسعافات"، في سنة 2004 تم تغيير العنوان السابق لـ "مخطط النجدة"، من خلال قانون رقم 04-20 المتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة، أخيرا صدر المرسوم التنفيذي رقم 19-59 الذي يحدد كيفيات إعداد مخططات تنظيم النجدة وتسييرها، حيث ألغى جميع الأحكام المخالفة له خصوصا المرسوم 85-231.

الفرع الأول: التعريف بمخططات النجدة

حسب المادة 02 من المرسوم 85-231: "يبين مجموع الوسائل البشرية والمادية الواجب استخدامها في حالة وقوع كوارث ويحدد شروط هذا الاستخدام"[3]، أما المادة 51 من قانون 04-20 تعتبره: "تخطيط للنجدة من أجل التكفل بالكوارث، ولاسيما الكوارث الناجمة عن وقوع أخطار كبرى، تدعى مخططات النجدة"[4].

أما المرسوم التنفيذي 19-59 فذكر: "يهدف مخطط تنظيم النجدة إلى التكفل بكل حادث خطير يهدد الممتلكات والأشخاص والبيئة، لاسيما الكوارث المرتبطة بالأخطار الكبرى"[5]، أيضا

---

[1] جمال حدار، *"الإدارة الموقفية وتطبيقها في الإدارة العمومية الجزائرية"* (أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013/2012)، 127.

[2] المرجع نفسه، 128.

[3] المرسوم 85-231 مؤرخ في 09 ذو الحجة عام 1405 هـ الموافق 25 غشت سنة 1985، يحدد شروط تنظيم التدخلات والاسعافات وتنفيذها عند وقوع الكوارث، كما يحدد كيفيات ذلك (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 36، الصادرة بتاريخ 12 ذو الحجة عام 1405 هـ الموافق 28 غشت سنة 1985)، المادة 02.

[4] قانون 04-20 مؤرخ في 13 ذي القعدة 1425 هـ الموافق 25 ديسمبر سنة 2004، يتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 84، الصادرة بتاريخ 17 ذو القعدة 1425 هـ الموافق 29 ديسمبر سنة 2004)، المادة 51.

[5] المرسوم التنفيذي 19-59 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1440 هـ الموافق 2 فبراير سنة 2019، يحدد كيفيات إعداد مخططات تنظيم النجدة وتسييرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 10، الصادرة بتاريخ 05 جمادى الثانية عام 1440 هـ الموافق 10 فبراير سنة 2019)، المادة 03.

أضاف ذات المرسوم: "يحصي مخطط تنظيم النجدة مجموع الموارد البشرية والمادية القابلة للتجنيد في حالة وقوع كارثة، كما يسمح بتنظيم الأعمال الواجب اتخاذها وتنسيقها"[1].

يمكن القول إن مخطط النجدة: "**يتكون من مجموعة من الفئات ذو طبيعة وطنية ومحلية، تشرف على اعداده مؤسسات مركزية ومحلية، مع تحديد جميع الموارد البشرية والمادية العمومية والخاصة الممكن الاستعانة بها في حال وقوع كارثة**".

الفرع الثاني: فئات مخططات النجدة

تتكون مخططات النجدة من خمس فئات، هي:

أولا: مخطط تنظيم النجدة الوطني[2]:

يتكون مخطط تنظيم النجدة الوطني من مجموع مخططات تنظيم النجدة لولايات الإقليم الوطني، ويسمح بتنسيق التعبئة وتسيير مجموع الموارد والوسائل الضرورية حسب طبيعة وحجم الكارثة، وكذا تنظيم التدخلات والإسعافات في المناطق المعنية بالكارثة، يتم وضع مخطط تنظيم النجدة الوطني في حالة تأهب من قبل الوزير المكلف بالداخلية، في حالة إطلاق مخطط واحد، على الأقل، لتنظيم النجدة ما بين الولايات أو عدة مخططات تنظيم النجدة للولايات.

يتم إطلاق مخطط تنظيم النجدة الوطني من قبل الوزير المكلف بالداخلية، في حالة:

- وقوع كارثة تمس عدة ولايات في آن واحد؛
- إذا كانت الوسائل المسخرة في مخطط تنظيم النجدة لما بين الولايات أو لعدة ولايات غير كافية للتكفل بالآثار المرتبطة بالكارثة؛
- إذا كانت الكارثة ذات بعد وطني وتقتضي تعبئة وسائل إضافية خاصة.

ثانيا: مخطط تنظيم النجدة ما بين الولايات[3]:

يتكون مخطط تنظيم النجدة ما بين الولايات من مجموع مخططات تنظيم النجدة للولايات المجاورة المعنية بنفس الكارثة، ويسمح بتنسيق التعبئة وتسيير الوسائل المذكورة في مخططات تنظيم النجدة لهذه الولايات.

---

[1] المرسوم التنفيذي 19-59، المادة 03.

[2] المرجع نفسه، المواد: 05، 22، 23.

[3] المرجع نفسه، المادة 06 و24.

يوضع مخطط تنظيم النجدة ما بين الولايات في حالة تأهب من قبل الوزير المكلف بالداخلية، كما يتولى الوزير أو ممثله إدارة عمليات النجدة على المستوى الوطني، يتم إطلاق مخطط تنظيم النجدة ما بين الولايات من قبل الوزير المكلف بالداخلية، في حالة:

- وقوع كارثة تمس ولايتين أو عدة ولايات متجاورة؛
- إذا كانت الموارد المسخرة في مخطط تنظيم النجدة للولاية غير كافية للتكفل بالآثار المرتبطة بالكارثة؛
- إذا كانت الكارثة تقتضي تعبئة وسائل إضافية خاصة.

ثالثا: مخطط تنظيم النجدة للولاية[1]:

يطلق الوالي أو ممثله مخطط تنظيم النجدة للولاية في حال وقوع كارثة، أو إذا استدعت الكارثة تعبئة وسائل إضافية خاصة، أيضا عدم كفاية الوسائل المسخرة في إطار مخطط تنظيم نجدة للبلدية أو الموقع الحساس أو لولاية مجاورة، كما يعلم الوالي فوريا وزير الداخلية.

ينشأ على مستوى الولاية مركز قيادة ثابت لإدارة عمليات النجدة من قبل الوالي، كما يكلف مدير لإدارة مركز القيادة، يتولى تقييم الوضعية ميدانيا، وتعبئة الموارد الضرورية وتجنيدها، كما يقدم عرض حال للوضعية لوزير الداخلية، أما في مكان الكارثة ينشأ مركز قيادة عملياتي يديره مدير الحماية المدنية للولاية، يكلف بما يأتي:

- تنسيق عمليات التدخل في الميدان؛
- تقديم عرض حال بصفة منتظمة لمدير مركز العمليات الثابت حول تطور الوضعية؛
- صياغة طلبات الإمداد المحتملة لمدير مركز العمليات الثابت.

رابعا: مخطط تنظيم النجدة للبلدية[2]:

يطلق رئيس المجلس الشعبي البلدي مخطط تنظيم النجدة بعد إعلام الوالي فوريا في حالة وقوع كارثة، أو عندما تتطلب الكارثة تعبئة وسائل إضافية خاصة، إضافة لعدم كفاية الوسائل المسخرة في إطار مخطط تدخل داخلي لموقع حساس.

---

[1] المرسوم التنفيذي 19-59، المواد: 28، 29، 30، 31، 32.

[2] المرجع نفسه، المواد: 35، 36، 37، 38، 39.

يتولى رئيس المجلس الشعبي البلدي أو ممثله إدارة عمليات النجدة من مركز قيادة ثابت، يدير المركز مدير، يكلف بتقييم الوضعية ميدانيا، وتعبئة الموارد الضرورية وتجنيدها، كما يقدم عرض حال للوضعية للوالي.

ينشأ في مكان الكارثة على مستوى البلدية مركز قيادة عملياتي، يتولى إدارته مسؤول الحماية المدنية على مستوى البلدية، يتمثل دوره في:

- تنسيق العمليات في الميدان؛
- تقديم عرض حال بصفة منتظمة لمدير مركز القيادة الثابت حول تطور الوضعية؛
- صياغة طلبات الإمداد المحتملة لمدير مركز القيادة الثابت.

خامسا: مخطط تنظيم النجدة للموقع الحساس:

تعد كل وحدة تابعة لهيئة عمومية أو خصوصية، حسب أحكام هذا المرسوم، مشروع مخطط لتنظيم تدخلات واسعافات تستخدم لدى وقوع الكارثة، يشترك في اعداد المخطط المذكور مسؤول الوحدة ومصالح الحماية المدنية، ثم يقدم لرئيس المجلس الشعب البلدي المختص إقليميا قصد الموافقة عليه، يشترك أيضا مسؤول المؤسسة أو وحدة إدارة المنطقة الصناعية مع مصالح الحماية المدنية، ومسؤولي الوحدات، ضمن المرسوم رقم 84-55 المؤرخ في 03 مارس سنة 1984 المذكور أعلاه، في اعداد مشروع مخطط تنظيم التدخلات والاسعافات في المنطقة[1].

يتم إطلاق مخطط النجدة للموقع الحساس من قبل المستغل عند وقوع كارثة داخل الموقع الحساس، يجب على المستغل إعلام رئيس المجلس الشعبي البلدي والوالي المختص إقليميا ومصالح الحماية المدنية، يتم رفع مخطط تنظيم النجدة للموقع الحساس من قبل المستغل بنفس الأشكال[2].

الفرع الثالث: مقاييس التدخل

تتكون مخططات تنظيم النجدة للولاية والبلدية والموقع الحساس من عدة مقاييس للتدخل تهدف إلى التكفل بكل جانب خاص من الكارثة وتسييره، تحصي هذه المخططات مجموع الوسائل القابلة للتعبئة بالنسبة لكل مقياس تدخل، وتنظم كيفيات التدخلات والنجدة[3].

[1] المادة 09 و12 من المرسوم رقم 85-231.
[2] المرجع نفسه، المادة 41.
[3] المرجع نفسه، المادة 07.

جدول رقم 04: مقاييس التدخل

مقاييس التدخل المكونة لمخططات تنظيم النجدة للولاية والبلدية	مقاييس التدخل المكونة لمخططات تنظيم النجدة للموقع الحساس
الأمن والنظام العام-النجدة والإنقاذ والإجلاء-التكفل الطبي والنفسي للمنكوبين ونظافة الأمكنة-المعدات والتجهيزات المختلفة-الاتصال والإعلام-الأشغال العمومية-الربط والاتصالات السلكية واللاسلكية-النقل-التضامن والأنشطة الإنسانية والتموين-الطاقة-التزويد بالماء الصالح للشرب-الإسكان المؤقت-الخبرات والتقييم والحصيلة	الأمن-النجدة والإنقاذ والإجلاء-الاتصال والإعلام-المعدات والتجهيزات المختلفة-الخبرات والتقييم والحصيلة

المصدر: المرسوم التنفيذي 19-59 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1440 هـ الموافق 2 فبراير سنة 2019، يحدد كيفيات إعداد مخططات تنظيم النجدة وتسييرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 10، الصادرة بتاريخ 05 جمادى الثانية عام 1440 هـ الموافق 10 فبراير سنة 2019)، المادة 43 و44.

الفرع الرابع: تنظيم مخططات النجدة وتخطيطها

شكل رقم 22: مراحل تنظيم مخططات النجدة



المصدر: اعداد الباحث بالاعتماد على: المرسوم التنفيذي 19-59 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1440 هـ الموافق 2 فبراير سنة 2019، يحدد كيفيات إعداد مخططات تنظيم النجدة وتسييرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د.

ش، ع. 10، الصادرة بتاريخ 05 جمادى الثانية عام 1440 هـ الموافق 10 فبراير سنة 2019)، المواد: 15، 16، 17، 18.

الفرع الخامس: تقيم لدور مخططات تنظيم النجدة في إدارة الأزمات الصحية

بداية كان صدور أول مرسوم حول مخططات تنظيم النجدة في 1985، وبالرغم من المخاطر الطبيعية والغير طبيعية لم يتم مراجعة المرسوم حتى سنة 2004، تاريخ صدور قانون 04–20 الذي قدم بعض التعديلات والتوضيحات من خلال ستة مواد، بداية من المادة 51 إلى المادة 56، أخيرا صدر المرسوم التنفيذي 19–59 حيث قدم تفصيلا وتوضيحات أكبر لمخططات تنظيم النجدة.

لم ينص المرسوم التنفيذي 19–59 على وضع مخطط نجدة للأزمات الصحية، إذ تناول فقط مخططات النجدة المتعلقة بالكوارث، وهو ما يطرح تساؤلات عن إدارة أي أزمة صحية في حال وقوعها، فستجد المؤسسات المركزية والمحلية نفسها عاجزة في مواجهة الأزمة الصحية.

خلاصة الفصل الثاني

لا شك بأن الجزائر تملك إطار تنظيمي ومؤسساتي لإدارة الأخطار والكوارث يشمل مجموعة من المؤسسات والمخططات، علاوة على الإطار التشريعي والقانوني، هذا الإطار الضخم الذي بدأ التأسيس له منذ ثمانينات القرن المرض واستمر إلى السنوات الأخيرة، يعكس غياب نظام في "إدارة الأزمات الصحية"، وهذا ما يطرح تساؤلات عن كيفية مواجهة الأزمات الصحية منذ سنة 2017 في ظل هذا الفراغ.

الفصل الثالث

دراسة لنماذج أزمات صحية في الجزائر: حدود الاستجابة والفعالية

يقتدي تحديد حدود استجابة الإطار المؤسساتي والتنظيمي للأزمات الصحية دراسة عدد من الأزمات الصحية التي شهدتها الجزائر، وكان الاختيار قد وقع على ثلاث أزمات متقاربة زمنيا مختلفة من حيث: مدى التأثير، أسبابها، الخسائر والآثار.

يتعلق المبحث الأول بأزمة "الحصبة" التي بدأت في التفشي مع نهاية 2017، خصوصا بمناطق الجنوب أين خلفت آلاف الإصابات وعدد من الوفيات، نستهدف عبر مطلبين ومجموعة من الفروع تقديم دراسة مستفيضة حول "الحصبة" بصفة عامة، وتحديد مدى الاستجابة لهذه الأزمة الصحية في الجزائر بصفة خاصة.

أما المبحث الثاني فيتطرق لأزمة "الكوليرا" التي تفشت أواخر صائفة 2018 ببعض الولايات خصوصا ولايات الوسط، فإذا كانت "الحصبة" وباء ممتد مازالت تعاني منه دول العالم سواء المتقدمة والمتخلفة مع اختلاف طبعا عدد الإصابات والوفيات بين هذه الدول، فعودة وباء "الكوليرا" الذي يوصف "بمرض الفقراء" غير مقبول من منظور الأمن الصحي، لهذا سنرصد في المطلب الثاني ضمن هذا المبحث أسباب "تفشي الكوليرا" وحدود الاستجابة وتقييمها، وقبل ذلك يتناول المطلب الأول تحديد بدايات ظهور وانتشار بكتيريا "الكوليرا" في العالم، وصولا لتحديد أسبابها وطرق العلاج.

يأتي المبحث الثالث لدراسة جائحة فيروس "كوفيد-19" أحد سلالات فيروسات كورونا، التي لم يختبر العالم مثلها منذ آخر جائحة، حالة من الهلع والخوف والتطلع للمجهول في ظل علاج تأخر لقرابة السنة منذ بداية الجائحة أواخر سنة 2019 بمدينة "ووهان" الصينية، استنفار الحكومات كان على أشده لتطبيق توصيات منظمة الصحة العالمية وتكييفها بحسب تطور الوضعية الوبائية، وطبعا اتخذت الجزائر مجموعة من القرارات والإجراءات والتدابير للاستجابة للوضعية الوبائية، وعليه سيتطرق المبحث عبر المطلب الأول لماهية هذا الفيروس، بينما يبحث المطلب الثاني في تجربة الجزائر في التعامل مع هذه الجائحة.

المبحث الأول: أزمة الحصبة 2017

يعتبر مرض "الحصبة" من الأمراض القديمة التي صاحبت الإنسان في شكل وباء ممتد، مخلفة وفيات بالملايين علاوة على الآثار الوخيمة التي تخلفها على صحة الناجين، هذا الوضع تغير منذ اكتشاف علاج الحماية من "الحصبة"، أين تناقصت الإصابات والوفيات بشكل كبير على مستوى العالم.

الجزائر لم تكن بمنأى عن هذا المرض، فقد تبنت هي الأخرى علاج الحماية من "الحصبة"، أين تم السيطرة عليه والتقليل من الإصابات والوفيات إلى حد بعيد، لكن خلال أواخر سنة 2017 سجلت البلاد ارتفاعا كبيرا "بالحصبة"، حيث تحول لوباء انتشر بالعديد من ولايات الوطن، استدعى استجابة وزارة الصحة للأزمة واتخاذ مجموعة من الإجراءات.

المطلب الأول: الحصبة: الأنواع والعلاج

تنقسم "الحصبة" لنوعين؛ كلاهما له أعراض في أغلبها مميتة قبل أن يكتشف العلاج المناسب لهذا المرض، لكن بالرغم من توفر العلاج لا يزال العالم يسجل حصيلة سنوية "للحصبة"، وهو ما يدفعنا للبحث عن أسباب ذلك.

الفرع الأول: أنواع الحصبة

أولا: الحصبة Measles:

""الحصبة" مرض شديد العدوى يصيب الإنسان وينتج عن فيروس Morbillivirus، يعود أول وصف للمرض إلى القرن العاشر بواسطة الباحث الفارسي Rhazès، كان حتى ذلك الحين خلط بين "الحصبة" و"الجدري"، ضربت "الحصبة" أوروبا لعدة قرون، في موجات من الأوبئة وأحدثت الخراب، في القرن التاسع عشر، تم تصدير الفيروس من قبل المستوطنين إلى القارات التي لا تزال بمنأى عن ذلك، لا سيما في أمريكا وأفريقيا"[1].

[1] “La Rougeole”, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, consulté le 17 Février, 2022, https://bit.ly/3uTw7Xv.

"في عام 1846 وصف "بيتر بانوم" Peter Panum طور حضانة "الحصبة" والمناعة الدائمة الناتجة عنها، وفي عام 1954 عزل "أندرس" Enders و"بيبلس" Peebles الفيروس من الإنسان ومن مزرعة نسيج كلية القرد"[1].

"يسمى هذا المرض "المرض الأول للطفولة"، وهو أكثر الأمراض الفيروسية الحادة المعدية، ينتقل بشكل رئيسي عن طريق الجهاز التنفسي أثناء السعال أو العطس، إما مباشرة إلى المريض أو بشكل غير مباشر بسبب استمراره في الهواء أو على سطح ملوث بإفرازات من الأنف أو الحلق، كما يمكن لشخص مصاب أن يصيب ما بين 15 و20 شخصا، يمكن أن تظهر في أي عمر، المرضى معديون قبل 5 أيام من بداية ظهور الأعراض وخمسة أيام بعده"[2].

أعراض "الحصبة" شبيهة بنزلة، فتشمل الأعراض الأولى "للحصبة" ما يلي: حرارة عالية، سيلان أو انسداد الأنف، العطس، سعال، عيون حمراء قد تكون مؤلمة ودامعة، بقع في الفم، كما قد تظهر بقع بيضاء صغيرة داخل الخدين وعلى ظهر الشفاه بعد بضعة أيام، إضافة إلى طفح جلدي عادة ما يظهر بعد عدة أيام من الإصابة.[3]

يمكن أن تؤدي "الحصبة" إلى مشاكل خطيرة إذا انتشرت إلى أجزاء أخرى من الجسم، مثل الرئتين أو الدماغ، تشمل المشكلات التي يمكن أن تسببها "الحصبة": التهاب رئوي، التهاب السحايا، العمى، لكن تبقى هذه المشاكل نادرة، تشمل الأطفال والأشخاص الذين يعانون من ضعف في جهاز المناعة[4].

ثانيا: الحصبة الألمانية Rubella:

"اشتق اسم "الحصبة الألمانية" من اللاتينية وتعني الأحمر الصغير، وقد اعتبرت "الحصبة الألمانية" شكلا من أشكال "الحصبة" أو الحمى القرمزية ودعيت المرض الثالث،

---

[1] عماد محمد زوكار ومحمد أحمد نوح، *المرجع الشامل في اللقاحات* (دمشق: دار القدس للعلوم، 2005)، 213.
[2] “La Rougeole”, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier.
[3] “Measles”, NHS, accessed in 17 February, 2022, https://bit.ly/3PdKjTq.
[4] Ibid.

وفي عام 1814 ذكرت "الحصبة الألمانية" لأول مرة في الأدب الطبي الألماني كمرض مستقل، ولهذا تدعى باسمها الشائع "الحصبة الألمانية""[1].

"افترض "هيس" Hess عام 1914 السبب الفيروسي اعتمادا على أعماله التي قام بها على القردة، وفي عام 1938 أثبت كل من "هيرو" Hiro و"توساكا" Tosaka أن سبب "الحصبة الألمانية" فيروسي عن طريق نقل المرض للأطفال، عزل فيروس "الحصبة الألمانية" أول مرة عام 1962 من قبل "باركمان" Parkman و"ويلر" Weller، وهو يصنف ضمن عائلة Togavirus جنس Rubivirus"[2].

ينتقل عن طريق رذاذ سعال أو عطاس الشخص المصاب أو من الحامل إلى طفلها، تكون العدوى في أعلى مستوياتها بالفترة ما بين اليوم الأول والخامس من ظهور الطفح الجلدي، قد لا تظهر أعراض في البداية أو قد تكون بسيطة، ثم تظهر الأعراض التالية: ارتفاع درجة الحرارة، صداع، سعال، احمرار أو تورم العين، تورم وتضخم العقد اللمفاوية، انسداد أو سيلان الأنف، التهاب البلعوم، ظهور طفح جلدي عند أغلب المصابين "بالحصبة الألمانية"، ويبدأ من الوجه والرقبة ثم ينتشر إلى باقي أجزاء الجسم، ألم بالمفاصل[3].

يمكن أن تؤدي "الحصبة الألمانية" إلى مضاعفات خطيرة، مثل إصابة بالتهاب مفاصل الأصابع والرسغ والركبة عند النساء، الإصابة بالتهاب الدماغ، وأخطر المضاعفات هو الذي يصيب الحوامل، فإما أن يسبب الإجهاض أو وفاة الطفل، أو قد ينتقل الفيروس إلى الجنين ويصاب بما يسمى "متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية"، والتي تسبب أحد أو جميع هذه المشاكل: تأخر النمو، إعتام عدسة العين، الصمم، عيوب خلقية في القلب أو الأعضاء الأخرى، التخلف العقلي[4].

الفرع الثاني: علاج الحصبة

"وفي عام 1980، أي قبل انتشار التطعيم على نطاق واسع، كان هذا المرض يودي بحياة نحو 2.6 مليون نسمة كل عام، ولا تزال "الحصبة" من الأسباب الرئيسية لوفاة صغار

[1] زوكار وأحمد نوح، المرجع الشامل، 247.

[2] المرجع نفسه.

[3] "الحصبة الألمانية"، وزارة الصحة السعودية، تصفح بتاريخ 17 فيفري، 2022، https://bit.ly/3zclrEH.

[4] المرجع نفسه.

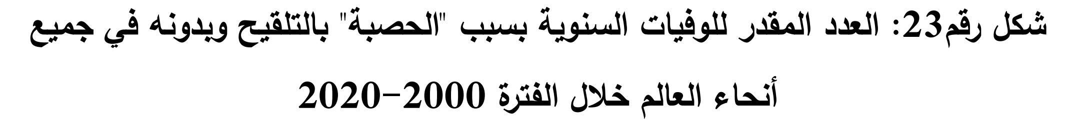
الأطفال في جميع أنحاء العالم، وذلك على الرغم من توافر لقاح مأمون وناجع لمكافحتها، فقد شهد عام 2015 وقوع 134200 حالة وفاة بسبب هذا المرض في جميع أنحاء العالم، علما بأن معظم تلك الوفيات طالت أطفالا دون سن الخامسة"[1].

حسب منظمة الصحة العالمي حال التلقيح ضد "الحصبة" خلال الفترة 2000-2015 دون وقوع وفيات تقدر عددها بنحو 20.3 مليون وفاة، ليصبح بذلك لقاح "الحصبة" واحدا من أفضل اللقاحات التي يمكن شراؤها في مجال الصحة العمومية، علاوة على ثمنه الرخيص[2].

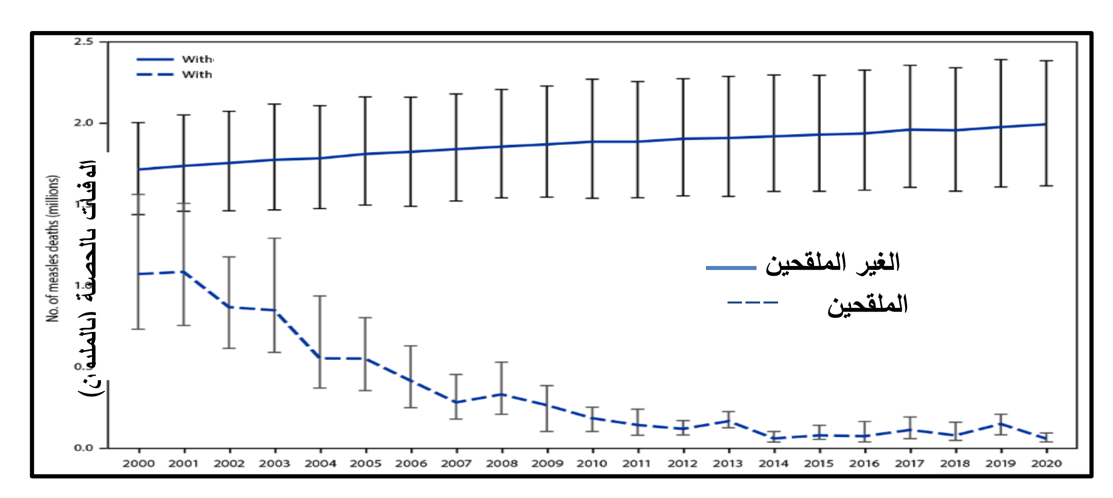
> "أما أول لقاح "حصبة" فتم ترخيصه في عام 1963، وتم في ذلك العام ترخيص استعمال كلا اللقاحين المعطل (المقتول) والحي المضعف سلالة "إيدمونستون ب" Edmonston B في الولايات المتحدة، تم سحب اللقاح المقتول من التداول عام 1967 لأنه لم يحصن ضد الخمج بفيروس "الحصبة" [...] أما لقاح "إيدمونستون ب" الأصلي فتم سحبه من التداول عام 1975 بسبب شيوع ترافقه مع الحمى والطفح عند الملقحين به [...] وفي عام 1968 تم ترخيص لقاح آخر من سلالة حية مضعفة "إيدمونستون-أندرس". تحدث هذه اللقاحات الحية المضعفة ارتكاسات أقل بكثير من تلك التي يحدثها لقاح "إيدمونستون ب" الأصلي"[3].

"تم التصريح عام 1969 في الولايات المتحدة باستخدام ثلاثة لقاحات "للحصبة الألمانية"، وهي ذرية HPV-77: DE-5 (جنين البط)، وذرية HPV-77: Dk-12 (كلية الكلب)، وذرية "سيندهيل" Cendehill (كلية الأرنب)، وتم فيما بعد سحب لقاح ذرية HPV-77: Dk-12 بسبب النسبة العالية للشكاوى المفصلية بعد التلقيح بهذه الذرية، وفي كانون الثاني 1979 صرح باستخدام ذرية RA 27/3 [...] تحت اسم Meruvax-II، وتم إيقاف استخدام كل الذراري الأخرى"[4].

[1] "الحصبة: حقائق رئيسية"، منظمة الصحة العالمية، تصفح بتاريخ 18 فيفري، 2022، https://bit.ly/3RAZFmB.
[2] المرجع نفسه.
[3] زوكار وأحمد نوح، المرجع الشامل، 222.
[4] المرجع نفسه.



شكل رقم23: العدد المقدر للوفيات السنوية بسبب "الحصبة" بالتلقيح وبدونه في جميع أنحاء العالم خلال الفترة 2000-2020



Source: “Progress Toward Regional Measles Elimination — Worldwide, 2000–2020”, Centers for Disease Control and Prevention, accessed in 17 February, 2022, https://bit.ly/3ASEOF9.

إذن يؤكد الشكل بأن التلقيح هو العلاج الفعال "للحصبة"، فالوفيات في صفوف الملقحين تناقصت بشكل كبير حتى كادت تنعدم سنة 2014 و2020، على عكس الوفيات بفيروس "الحصبة" في صفوف الغير ملقحين، والتي عرفت ارتفاعا تدريجيا حتى قاربت 02 مليون وفاة خلال سنة 2020.

لقاح "الحصبة" يتواجد في العالم عبر ثلاث أنواع، فهناك لقاح "الحصبة" فقط، وهناك لقاح مدمج ضد "الحصبة" و"الحصبة الألمانية"، أما النوع الثالث فهو لقاح أيضا مدمج ضد "الحصبة" و"الحصبة الألمانية" و"النكاف"*، يعرف هذا الأخير بـ MMR** أو ROR***.

* "النكاف" Mumps التهاب يسببه فيروس النكاف، يتميز بشدة العدوة، وتتمثل الأعراض في: آلام الغدد اللعابية مع انتفاخها، ألم أثناء المضغ أو البلع، الحمى والصداع، أما الأعراض النادرة فتتعلق بالإصابة بالصمم، أو العمى، أو تلف الدماغ والوفاة.

** MMR اختصار ثلاث كلمات باللغة الإنجليزية للحصبة Measles، والنكاف Mumps، والحصبة الألمانية Rubella.

*** ROR اختصار اسم اللقاح باللغة الفرنسية.

جدول رقم 05: الشركات المحتكرة للقاح "الحصبة"

اسم الشركة	الدولة الأم
Merck "ميرك"	الولايات المتحدة الأمريكية
Sanofi "سانوفي"	فرنسا
Novartis "نوفارتس"	سويسرا
GlaxoSmithKline "غلاكسو سميث كلاين"	بريطانيا
Serum "سروم"	الهند

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

"MMR-vaccines-prices", UNICEF, accessed in 12 May, 2022, https://uni.cf/3PgVxX4.

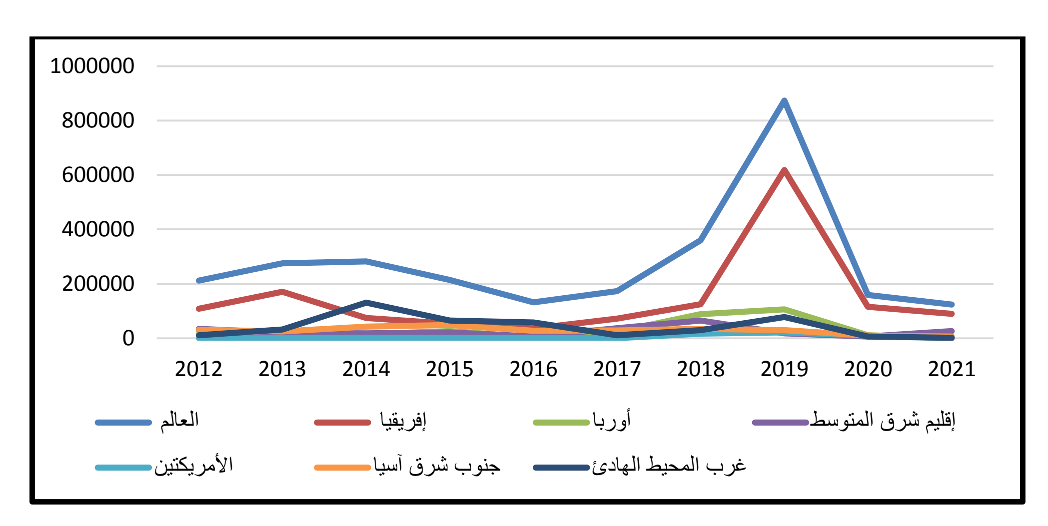
تحتكر شركات قليلة إنتاج اللقاح عبر العالم، فابستثناء الشركة الهندية تعتبر بقية الشركات من أكبر الشركات المنتجة للأدوية في العالم، وكثيرا ما يثار البعد الأخلاقي في قضية احتكار إنتاج اللقاحات التي يحتاجها سكان العالم، في ظل عجز الدول الأكثر فقرا عن اقتناء هذه اللقاحات، حيث تعتمد في ذلك على ما تقدمة المنظمات الدولية كمنظمة الصحة العالمية واليونيسيف.

"وصلت قيمة صناعة الأدوية العالمية إلى مستويات غير مسبوقة عام 2018 بلغت 1.11 تريليون دولار"[1]، كما فاقت مبيعات لقاح MMR لشركة "ميرك" الأمريكية خلال الربع الأول من سنة 2019، 300 مليون دولار.

[1] "أكبر شركات الأدوية في العالم"، أرقام، تصفح بتاريخ 18 فيفري، 2022، https://bit.ly/3AWanhm.



شكل رقم 24: تطور عدد الإصابات "بالحصبة" بالعالم وأقاليم منظمة الصحة العالمية ما بين 2012-2021



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

"Measles reported cases and incidence", WHO, accessed in: 12 May, 2022, https://bit.ly/3uXK32A.

إذ يبدو واضحا بأن أرباح مبيعات اللقاح أهم من حياة البشر، وهو ما يعتبر أحد أسباب عدم تحقيق "الخطة الاستراتيجية العالمية لمكافحة الحصبة والحصبة الألمانية"* لأهدافها، بسبب عدم التزام المانحين** بالعدد الكافي من اللقاحات، وهو ما يفسر ارتفاع المصابين "بالحصبة" بإفريقيا ما بين 2017 و2019، فقد "أفاد تحليل صادر عن اليونيسف بأن ما يقدر بنحو 182 مليون طفل فقدوا الجرعة الأولى من لقاح "الحصبة" بين عامي 2010 و2018، أو 20.3 مليون طفل سنويا في المتوسط، وذلك لأن التغطية العالمية للجرعة الأولى من "الحصبة" تبلغ 86 في المائة فقط، أي أقل بكثير من 95 في المائة

* أطلقت المبادرة عام 2012 من قبل منظمة الصحة العالمية، اليونيسف، الأمم المتحدة، الصليب الأحمر الأمريكي، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية الأمريكية. تهدف بحلول سنة 2015 لخفض وفيات الحصبة في العالم بنسبة 95% على الأقل عن مستويات عام 2000، إضافة للقضاء على الحصبة والحصبة الألمانية في خمسة على الأقل من أقاليم منظمة الصحة العالمية سنة 2020. للإشارة تنقسم أقاليم منظمة الصحة العالمية لستة هي: المكتب الإقليمي لأفريقيا، المكتب الإقليمي للأميركتين، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي لأوروبا، المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا، المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ.

** المانحين للقاح الحصبة هم الشركات المنتجة له، حكومات، مؤسسات مجتمع مدني دولية.

اللازمة لمنع تفشي "الحصبة""[1]، علاوة على عدم الاستقرار السياسي بمجموعة من الدول الإفريقية، وهو ما جعل إفريقيا تسجل أعلى الإصابات "بالحصبة" على الصعيد العالمي.

انتشار "الحصبة" لم يعد سمة الدول الأكثر فقرا، فما بين سنة 2017 و2019 عاود الفيروس الانتشار عالميا حتى بأوروبا والولايات المتحدة الأمريكية مهد أول لقاح، والتي أعلنت هذه الأخيرة القضاء على الفيروس سنة 2000، وهو ما يطرح التساؤل بالرغم من توفر اللقاح.

"منذ بدء اكتشاف اللقاحات، أو ظهور فكرة تعزيز المناعة من خلال إدخال الفيروس إلى الجسم، بدأ الارتياب من التلقيح، أو حتى الرفض القاطع له من فئة من السكان [...] ليس وليد الساعة، بل عمره أكثر من مئتي عام".[2]

"في العام 1998، اعتبرت دراسة نشرت في مجلة "ذي لانست" The Lancet الطبية العريقة وجود رابط بين اللقاح المضاد "للحصبة" و"النكاف" و"الحميراء"، ومرض التوحد، لكن تبين في نهاية المطاف أن الدراسة ملفقة من صاحبها "أندرو ويكفيلد" Andrew Wakefield، ولم يفلح لا البيان الرسمي الذي أصدرته المجلة لدحض هذه النتائج ولا الأعمال الكثيرة اللاحقة التي أثبتت عدم وجود رابط من هذا القبيل في تبديد المخاوف، وما زالت هذه الدراسة حجة غالبا ما يستند إليها مناهضو التطعيم لتبرير موقفهم، وهذا التشكيك في جدوى اللقاحات يؤدي إلى معاودة ظهور بعض الأمراض المعدية"[3].

---

[1] "مع بداية أسبوع التمنيع العالمي: منظمتا الصحة واليونيسف تحذران من أثر تعطيل عمليات التطعيم العالمية على صحة الأطفال"، أخبار الأمم المتحدة، تصفح بتاريخ 01 مارس، 2022، https://bit.ly/3clNBWb.

[2] "الارتياب من اللقاحات وربطها بنظريات المؤامرة قصة طويلة عمرها أكثر من مئتي عام"، فرانس 24، تصفح بتاريخ: 12 ماي، 2022، https://bit.ly/3aLzLf5 .

[3] المرجع نفسه.

ولايزال مناهضو اللقاح يصرون على رأيهم مستعينين "بنظرية المؤامرة"*، إذ "ظل "شلل الأطفال" الذي تم القضاء عليه في أفريقيا بشكل تام في آب/أغسطس 2020 بحسب البيانات الرسمية، منتشرا في آسيا وتحديدا في باكستان وأفغانستان، ويعزى فشل حملات التلقيح إلى ارتياب سكان المناطق الريفية والانقياد وراء نظريات المؤامرة. وفي أفغانستان، حظرت حركة "طالبان" هذه الحملات واصفة إياها بمؤامرة من تدبير الغرب لجعل الأطفال المسلمين عقيمين".[1]

عزز معارضو اللقاحات موقفهم سنة 2012 بعد أن " كشفت دراسة فنلندية أن الأطفال الذين يطعمون ضد فيروس إنفلونزا الخنازير** (أتش 1 أن 1) بلقاح باندمريكس*** أكثر ترجيحا للإصابة باضطراب النوم المعروف باسم "التغفيق"، وهو حالة تسبب الإفراط في النوم أثناء النهار، والمصابون بها يمكن أن ينامون فجأة وبدون قصد"[2]، نظمت منظمة الصحة العالمية حملة تلقيح واسعة النطاق، لكن في النهاية تبين بأن الفيروس أقل خطورة مما روج له، وتم التخلص من ملايين الجرعات من اللقاح، ففي السويد على سبيل المثال حصل 440 شخصا من الملقحين على تعويضات من الدولة بسبب إصابتهم بمرض التغفيق[3].

في اعتقادنا بأن اللقاحات ضد الأوبئة والأمراض التقليدية "كالحصبة" و"الجدري" و"التهاب الكبد"...الخ، هي آمنة بالرغم ما يثيره مناهضو التلقيح، فالبيانات تظهر انخفاض

* يعتبر البارادايم أو الإطار التقليدي لنظرية المؤامرة موغلا في القدم، إلا أنه يفتقر إلى المنهجية العلمية؛ نظرا لتعويله على الاستدلال بدل من الاستقراء من ناحية، ونظرا لبعده الميتافيزيقي من ناحية أخرى. لكن قيام الثورة السلوكية في منتصف القرن العشرين نتج عنه تطوير نظريات امبيريقية تركز على مستوى التحليل الجزئي في إطار العلاقات الدولية، حيث يمكن وصف السلوك التآمري للأفراد والنخب السياسية وصانعي القرارات وتحليله والتنبؤ به على حد سواء. إن وصف وتحليل والتنبؤ بالسلوك التآمري على مستوى الفرد في إطار علم السياسة يمكن أن يتم عموما من خلال استعراض ثلاث نظريات هي: الاتجاهات، الشخصية، اللاعقلانية. ويلاحظ عموما أن أدبيات نظريات المؤامرة تعكس مفهوم "توماس كون" Thomas Kuhn للبرادايم وما يرتبط بذلك من قيام ثورات علمية. لمزيد من التفاصيل: مصطفى عبد الله خشيم، "نظريات المؤامرة في إطار علم السياسية"، *مجلة جامعة صبراتة العلمية* 05، ع.01، (2015).

[1] الارتياب من اللقاحات، فرنس 24.

** فيروس يستهدف الجهاز التنفسي، ويعتقد بأنه ظهر لأول مرة سنة 1918.

*** مصنع من قبل "غلاكسو سميث كلاين" البريطانية، وتم اعتماده من قبل منظمة الصحة العالمية لمواجهة انتشار الفيروس سنة 2009.

[2] "لقاح إنفلونزا الخنازير والنوم المفرط"، الجزيرة نت، تصفح بتاريخ: 12 ماي، 2022، https://bit.ly/3yOoEKt.

[3] الارتياب من اللقاحات، فرنس 24.

حاد في عدد الوفيات "بالحصبة" في صفوف الملقحين واختفاء هذا المرض تقريبا في كثير من الدول، إن ارتفاع مرضى "الحصبة" ما بين 2017 و2019 تم تداركه في السنتين المواليتين بعد إطلاق حملات واسعة للتلقيح ومحاولة دحض ما يروجه المعارضين بعلاقة لقاح "الحصبة" بالتوحد.

المطلب الثاني: دراسة لأزمة الحصبة

كغيرها من الدول تعتمد الجزائر برنامج تطعيم لمجموعة من الأمراض من بينها لقاح "الحصبة"، وهي من الأمراض الواجب الإبلاغ عنها كما بيناه في الفصل الثاني، كما يتولى معهد باستور حصرا استيراد لقاح "الحصبة".

الفرع الأول: التطعيم ضد الحصبة

منذ سنة 1985 أصبح التطعيم ضد "الحصبة" في الجزائر إجباريا، فقبل هذا التاريخ كانت "الحصبة" مرضا شائعا جدا ومميتا عند الأطفال الرضع، فقد بلغ ذروة معدل الإصابة 153.8 لكل مئة ألف نسمة، بحلول سنة 2012 انخفض معدل الإصابات إلى 0,07 حالة لكل مئة ألف نسمة[1].

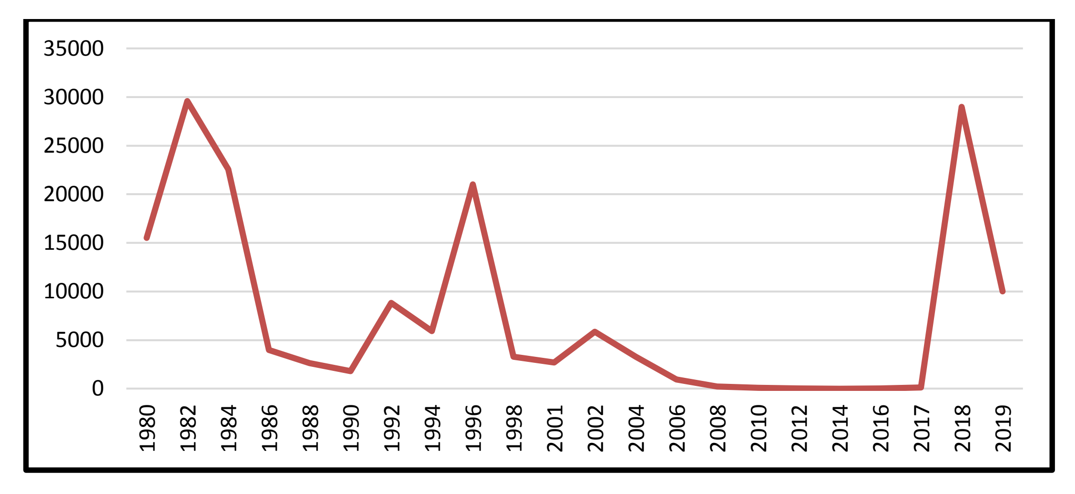
بالإضافة إلى تنظيم حملات التطعيم الوطنية والمحلية التي تشمل الأطفال والبالغين على حد سواء، تم وضع برنامج لرصد مرض "الحصبة" في عام 1997، بعد الأوبئة التي حدثت في التسعينيات مع تعزيزها في سنة 2001، وفي سنة 2009 تم تنفيذ خطة ترصد كل حالة على حدة "للحصبة" المشتبه بها وفقا للتوجيه الوزاري رقم (654DP/MSPRH) الصادر في أبريل 2009 ووفقا لتوصيات منظمة الصحة العالمية[2].

تعتمد الوقاية من "الحصبة" على التطعيم الإجباري والمجاني، من خلال حقن فيروس "حصبة" حي ضعيف للرضع في عمر التسعة أشهر، كما نوصى بحقنة ثانية في مستوى السنة الثانية ابتدائي، فالحقنة الواحدة توفر حماية ما بين 90% إلى 95%.[3]

[1] Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé, *Guide Pratique de Mise en œuvre du Nouveau Calendrier National de Vaccination*, (2016), https://bit.ly/3zgJSCa, 15-16.
[2] Ministère de la Santé, Guide Pratique, 17.
[3] Ibid.

في شهر نوفمبر أصدرت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات قرارا[1] يقضي بالتحول نحو تبني لقاح مدمج ضد "الحصبة" و"الحصبة الألمانية" و"النكاف" MMR، بعد أن ظل التلقيح يقتصر على "الحصبة" منذ تبني الجزائر لسياسة التطعيم، وقد حدد القرار الشهر 11 من عمر الطفل لتلقي الجرعة الأولى، ثم جرعة ثانية في عمر 18 شهر.

شكل رقم 25: تطور عدد الإصابات "بالحصبة" خلال الفترة 1980–الثلاثي الأول 2019



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

“Measles reported cases and incidence”, WHO, accessed in 12 May, 2022, https://bit.ly/3uXK32A.

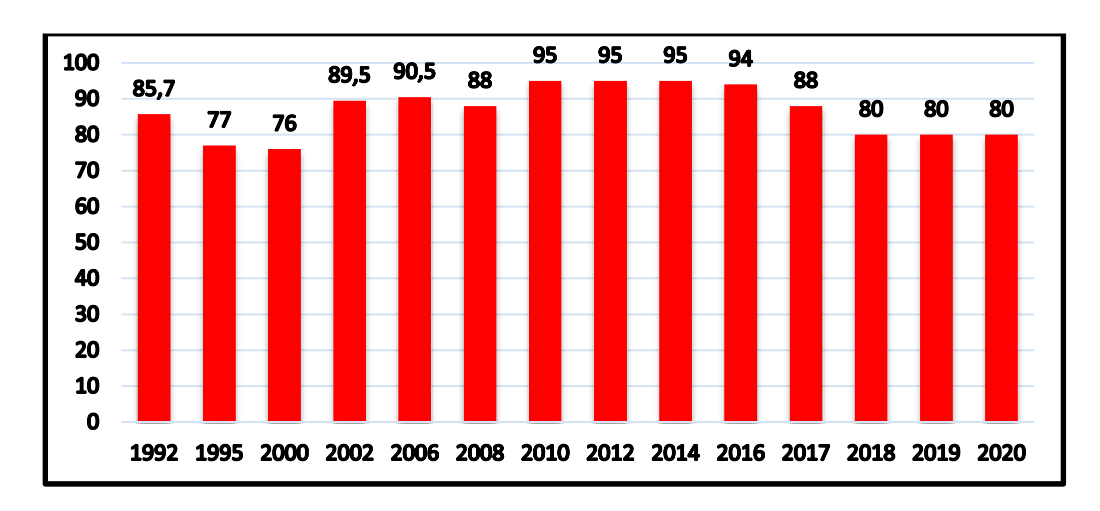
يظهر الشكل بأن التطعيم ضد "الحصبة" ساهم بشكل فعال في تناقص عدد الإصابات بالحصبة منذ اعتماده حتى نهاية الثمانينات، لكن عاودت "الحصبة" الظهور خلال فترة التسعينيات في شكل موجتين وبائتين، إذ نعتقد بأن السبب هو الأزمة الأمنية التي عرفتها البلاد وما تبعها من ضعف الإقبال على التطعيم أو عدم وصول اللقاح لمختلف المؤسسات الصحية المكلفة بالتلقيح، مع بداية الألفية عرفت الإصابات "بالحصبة" ارتفاعا ملحوظا مع بداية تناقصها خلال الفترة 2006–2017 أين انعدمت تماما خلال سنة 2014، أخيرا عاودت "الحصبة" التفشي بداية من نهاية سنة 2017.

---

[1] قرار مؤرخ في أول صفر عام 1436 هـ الموافق 24 نوفمبر سنة 2014، يحدد جدول التلقيح الإجباري المضاد لبعض الأمراض المتنقلة (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 75، الصادرة بتاريخ 06 ربيع الأول عام 1436 هـ الموافق 28 ديسمبر سنة 2014).

الفرع الثاني: أزمة الحصبة: الأسباب والاجراءات

شكل رقم 26: نسب تغطية التطعيم ضد الحصبة بالجرعة الأولى بالنسبة للساكنة خلال الفترة 1992 -2020



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

- "Measles vaccination coverage", WHO, accessed in 13 May, 2022, https://bit.ly/3coJvfH.

- "La vaccination en Algérie: enjeux actuels", sante Maghreb, consulté le 13 Mai, 2022, https://bit.ly/3On7HMT.

تقتضي "مناعة القطيع"* ضد "الحصبة" تطعيم نسبة 95% من السكان، وتتمتع نسبة 5% المتبقية بالحماية لانقطاع تفشي "الحصبة" بين أولئك الذين تم تطعيمهم[1]، يساعد الشكل 26 على تفسير الشكل رقم 25، ففي فترة التسعينات وبداية الألفية وحتى سنة 2006، شهدت البلاد ثلاث موجات وبائية "للحصبة"، فهي نتيجة طبيعية لعدم بلوغ "مناعة القطيع"، أما ما بين سنتي 2010-2016 فقد تم تسجيل بلوغ النسبة المطلوبة "لمناعة القطيع" مع تسجيل استثناء سنة 2016 أين سجلت تغطية بنسبة 94%، وهو ما يتوافق أيضا مع الشكل 25 بانخفاض الإصابات بشكل كبير، بدأت نسبة التغطية بالانخفاض بداية من سنة 2016 بمقدار 1% إلى 7% سنة 2017 بالنسبة للنسبة المطلوبة، لتنخفض نسبة التغطية بـ 15%

* "مناعة القطيع" أو "مناعة السكان" حسب منظمة الصحة العالمية هي: "الحماية غير المباشرة من مرض معد التي تتحقق عندما يكتسب مجموعة سكانية ما المناعة من ذلك المرض إما عن طريق اللقاح أو الإصابة السابقة بالعدوى". لمزيد من التفاصيل: "سؤال وجواب: مناعة القطيع وتدابير الإغلاق الشامل وكوفيد-19"، منظمة الصحة العالمية، تصفح بتاريخ: 13 ماي، 2022، https://bit.ly/3oCWCgt.

[1] المرجع نفسه.

طيلة الفترة 2018–2020 مسجلة تغطية ثابتة بـ 80%. فما سبب انخفاض النسبة بداية من سنة 2016؟، فإذا أوعزنا الانخفاض في فترة التسعينيات للبعد الأمني، ففترة 2016–2020 وتفشي "الحصبة" سنة 2018 كانت البلاد مستقرة مع توفر اللقاح المجاني.

بعد صدور قرار اعتماد اللقاح المدمج MMR أواخر سنة 2014، نظمت وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، ابتداء من يوم 6 وإلى غاية 15 مارس 2017 حملة تلقيح وطنية ضد "الحصبة" و"الحصبة الألمانية" في الوسط المدرسي، تشمل تلاميذ الطورين الابتدائي والمتوسط بالمؤسسات العمومية والخاصة، وتندرج هذه العملية في إطار البرنامج الوطني للقضاء على "الحصبة" و"الحصبة الألمانية" ومتلازمة "الحصبة الألمانية" الخلقية وذلك التزاما بتوصيات المنظمة العالمية للصحة ورأي اللجنة التقنية لخبراء التلقيح، ولإنجاح هذه الحملة اتخذت الوزارة كل الخطوات والإجراءات اللازمة، حيث تم تعبئة الفاعلين على المستويات الوطنية والجهوية والمحلية وكذا اقتناء وتوزيع اللقاح ضد "الحصبة" و"الحصبة الألمانية" المؤهل من طرف المنظمة العالمية للصحة، وتم في هذا الاطار توفير المعدات اللازمة بكمية كافية الى جانب تنظيم اجراءات جوارية اعلامية وتحسيسية لفائدة الاولياء حول أهمية وكيفية سير حملة التلقيح الوطنية[1].

سيتم ادخال اللقاح الجامع المضاد "للحصبة" و"الحصبة الألمانية" ضمن رزنامة اللقاحات الجديدة ابتداءا من 24 مارس 2017 بالنسبة للرضع البالغين 11 شهرا، وتسعى الجزائر إلى رفع التغطية التلقيحية ضد "الحصبة" الى نسبة 90% وإدراك الأطفال والشباب غير مكتملي التلقيح وتعزيز الحماية الجماعية ضد "الحصبة" وكذا "الحصبة الألمانية" وايقاف انتقال هذين المرضين المعديين والخطيرين[2].

"قلق وخوف كبير يعيشه أولياء التلاميذ هذه الأيام بعدما قررت وزارة الصحة الانطلاق في حملة وطنية يوم 6 مارس المقبل، للتلقيح ضد "الحصبة" و"الحصبة الألمانية"،

[1] "إطلاق حملة تلقيح وطنية ضد الحصبة والحصبة الألمانية ابتداء من يوم 6 مارس"، النهار أون لاين، تصفح بتاريخ 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3PENhQo.

[2] المرجع نفسه.

وهي حملة جاءت لأول مرة، فلم يكن يتوافر لقاح خاص "بالحصبة الألمانية""[1]، فمنذ إعلان الوزارة عن حملة التلقيح والأطباء يستقبلون تساؤلات من أولياء التلاميذ حوله ومخاطره وأضراره، وهناك أولياء رفضوا منح أبنائهم الدفاتر الصحية حتى لا يتم تلقيحهم خشية وفاتهم، وقد كشف مدير الوقاية بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بأن % 45 فقط من الأطفال تلقوا التلقيح في سنة 2017 مقابل نسبة 95% التي كانت منتظرة[2].

زد على ذلك وفاة رضيعين بعد التطعيم سنة 2016، واشتراط موافقة كتابية من طرف الأولياء خلال سنة 2012 من طرف المؤسسات التربوية لمباشرة التلقيح ضد "الحصبة" و"الحصبة الألمانية" و"النكاف"، كلها أسباب أثارت خوف الأولياء على أطفالهم وتفاقم عدم الثقة[3].

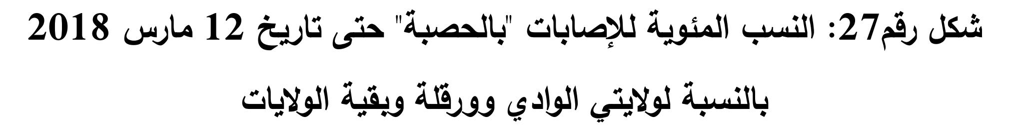
إذن يعود سبب انخفاض نسبة التطعيم للارتياب من اللقاح المدمج، بالرغم من تطمينات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وهو ما سيتسبب في موجة وبائية "للحصبة" في أواخر سنة 2017، لعدم تحقيق مناعة القطيع لعدة سنوات.

---

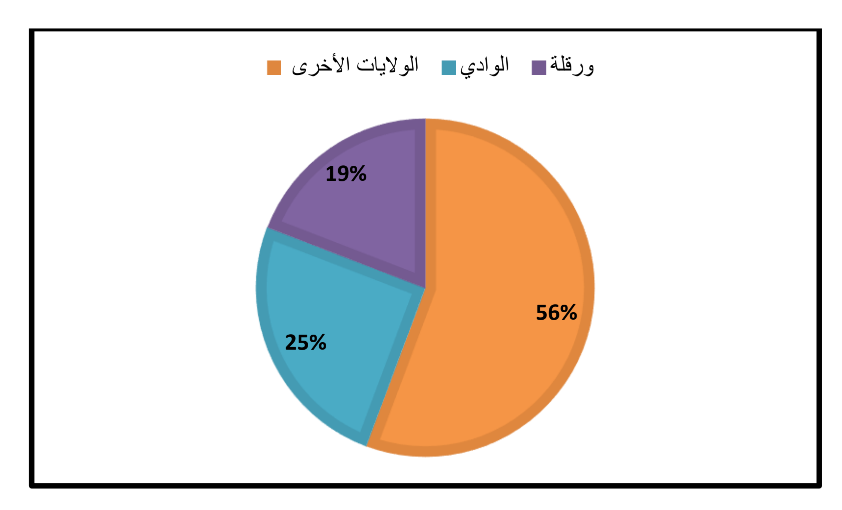
[1] "الأولياء متخوّفون ووزارة الصحة تطمئن: حملة تلقيح التلاميذ ضد الحصبة تثير الهلع بالمدارس!"، الشروق أون لاين، تصفح بتاريخ 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3RQKHsD.

[2] "بوحمرون: إحصاء أكثر من 2300 حالة عبر 13 ولاية مع تسجيل 5 وفيات"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3IVVwWg .

[3] "الحصبة بقسنطينة: تلقيح وتطعيم مكثف ضد انتشار هذا المرض"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3IUrbr7.



شكل رقم27: النسب المئوية للإصابات "بالحصبة" حتى تاريخ 12 مارس 2018 بالنسبة لولايتي الوادي وورقلة وبقية الولايات



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على: "بوحمرون: إحصاء أكثر من 2300 حالة عبر 13 ولاية مع تسجيل 5 وفيات"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3BcUUtt.

مع نهاية سنة 2017 تم رصد والإبلاغ عن تسجيل حالات "حصبة" بولاية الوادي من طرف المؤسسات الصحية، ما لبث أن تحول لوباء شمل مجموعة من الولايات، فبحلول 12 مارس 2018 أصبحت 14 ولاية موبوءة تقع معظمها في الجنوب الجزائري[1]، بعدد إصابات بلغ 2213 حالة "حصبة" و5 وفيات[2]، وقد أعلنت وزارة الصحة تسجيل قرابة 30.000 ألف إصابة خلال سنة 2018 و26 وفاة[3]، إذ تعتبر ولايتي الوادي وورقلة الأكثر تسجيلا للإصابات "بالحصبة" بما نسبته 44% من الحالات حتى تاريخ 12 مارس 2022.

على إثر هذه الموجة الوبائية "للحصبة" أُتخذت مجموعة من الإجراءات والقرارات بهدف السيطرة على هذه الموجة نجملها فيما يأتي:

[1] عثماني لحياني، "تفشي الحصبة يفتك بالفقراء في محافظات جنوب الجزائر"، العربي الجديد، تصفح بتاريخ 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3B8xlwj.

[2] "بوحمرون: إحصاء أكثر من 2300 حالة عبر 13 ولاية مع تسجيل 5 وفيات"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3BcUUtt.

[3] "Rougeole: plus de 10.000 cas enregistrés à travers le pays depuis début 2019", Algérie Presse Service, consulté le 15 Mai, 2022, https://bit.ly/3vacw5t.

- وضع مخطط صحي استعجالي يشمل تخصيص أسِرة في العناية المركزة، وغرف للعزل مع إجلاء الحالات الحرجة إلى أقرب مستشفى متخصص، خاصة أن المرض انتشر في المناطق النائية[1]؛
- فتح تحقيقات حول انتشار "الحصبة" من طرف وزارة الصحة[2]؛
- إقامة السلطات الجزائرية خياما صحية لعزل وعلاج المصابين "بالحصبة"[3]؛
- أطلقت وزارة الصحة حملة جديدة للتلقيح، مع وضع فرق طبية متنقلة لتلقيح الأطفال ومراقبة انتشار الوباء في المناطق الريفية في ولايات الجنوب وفي جميع بؤر انتشار المرض في القرى والبلدات، لمعالجة حالات الإصابة، ووضع حد لانتشار الوباء، أيضا تكليف الولاة بتوفير وسائل نقل إضافية للطواقم الطبية المكلفة بعملية التلقيح، للسماح لهم بالتنقل إلى الأماكن النائية والمعزولة، ومتابعة الحالة الصحية للمرضى، بهدف تطويق الوباء، كما طالبت وزارة الصحة سكان المناطق الريفية والنائية والبدو الرحل، بالتجاوب مع المبادرة الوقائية والإسراع في التلقيح[4]؛
- إرسال أربعة فرق من طرف وزارة الصحة منذ شهر جانفي 2018 إلى كل من ولايتي الوادي وورقلة[5]؛
- "إجراء تحقيق وبائي حول الحالات المشتبهة، أخذ عينات مصل للتأكد من الحالات المشتبهة وكذا تنظيم حملة تلقيح في محيط الأشخاص المصابين، بغض النظر عن وضعية التلقيح لديهم"[6].

---

[1] يونس بورنان، "الجزائر.. استنفار صحي بعد وفاة 10 أشخاص بوباء الحصبة"، بوابة العين الإخبارية، تصفح بتاريخ 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3aVYEF7 .

[2] لحياني، تفشي الحصبة.

[3] عثمان لحياني، "وفاة 11 شخصاً بسبب وباء الحصبة جنوبي الجزائر، العربي الجديد، تصفح بتاريخ 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3znu947.

[4] لحياني، "وفاة 11 شخصاً بسبب وباء الحصبة".

[5] بوحمرون: إحصاء أكثر من 2300 حالة، وكالة الأنباء الجزائرية.

[6] "وزارة الصحة: تم اتخاذ كل التدابير الضرورية للسيطرة على حالات الاصابة بداء الحصبة"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3LnKtqd.

الفرع الثالث: تقييم لإدارة أزمة الحصبة

جدول رقم 06: نسب التطعيم بالنسبة للساكنة لـ 37 ولاية بلقاح MMR خلال سنة 2019

الجرعة الأولى		
الولاية	عدد الولايات	نسبة التطعيم
البويرة	1	≥ 95%
بجاية- تيزي وزو- عنابة- بومرداس- تيسمسيلت- عين تموشنت	6	%94-90
تلمسان- سكيكدة- جيجل- سيدي بلعباس- قالمة- لمدية- برج بوعريريج- الطارف- عين الدفلى	9	%80-89
أدرار- شلف- أم البواقي- باتنة- بسكرة- تمنراست- تبسة- تيارت- الجلفة- سعيدة- قسنطينة- مستغانم- ورقلة- البيض- تندوف- الوادي- خنشلة- تيبازة- ميلة- غرداية- غليزان	21	< 80%
الجرعة الثانية		
الولاية	عدد الولايات	نسبة التطعيم
	0	≥ 95%
بجاية- البويرة- تيزي وزو- جيجل- سكيكدة- بومرداس	6	%94-90
بسكرة- تلمسان- عنابة- لمدية- الطارف- تيسمسيلت-عين تموشنت	7	%80-89
أدرار- الشلف- أم البواقي- باتنة- تمنراست- تبسة- تيارت- الجلفة- سعيدة- سيدي بلعباس- قالمة- قسنطينة- مستغانم- ورقلة- البيض- سيدي بلعباس- تندوف- الوادي- خنشلة- تيبازة- ميلة- عين الدفلى- غرداية- غليزان	24	< 80%

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique (INSP), Département de Protection et de Promotion de la santé, Service du Programme élargi de Vaccination, *Rapport D'analyse de la Couverture Vaccinale Systématique de Routine – Algérie - Annuel 2019*, Kheddache Rachid, (14 avril 2021), https://bit.ly/3PGPpre.

أظهرت دراسة للمعهد الوطني للصحة العمومية حول نسب تغطية التطعيم ضد "الحصبة" سنة 2019، عدم تحقيق جميع الولايات 37 التي شملتهم الدراسة لنسبة 95% المطلوبة باستثناء ولاية البويرة، وفي كلا الجرعتين، وهذا بالرغم من تفشي "الحصبة" وحملات التلقيح.

الملاحظ أيضا بأن الولايات الجنوبية قيد الدراسة حققت نسبة تغطية أقل أو تساوي 80%، ومن بينها ولايتي الوادي وورقلة الموبوءتين، واللتان حظيتا باهتمام خاص في مختلف الإجراءات والقرارات المتخذة.

خلصت الدراسة إلى عدم كفاية نسب تغطية التطعيم لكلا الجرعتين، فالجرعة الثانية من اللقاح تم تحقيق هدف 90% في ست ولايات فقط من أصل 37 وهو ما نسبته 16%، وهو ما يفسر تفشي وباء "الحصبة" خلال سنتي 2017 و2018[1]، وهو ما يعني ضمنيا فشل حملات التلقيح منذ سنة 2018، وعدم اقتناع جزء من الأولياء بتلقيح أطفالهم.

واضح بإنه كان يمكن تجنب هذه الأزمة قبل وقوعها لو نجحت وزارة الصحة في كسب ثقة المواطنين وتبديد مخاوفهم، وهو ما يدل على غياب كل من عنصر التخطيط واستراتيجية اتصال للتعامل مع الوضعية، بل إن الوزارة الصحية لم تتخذ أي خطوة في اتجاه تبديد الارتياب من اللقاح المدمج MMR حتى وقعت الأزمة، باستثناء بعض التصريحات لوزارة الصحة حول ضرورة التلقيح.

أثناء الأزمة ركز إطارات وزارة الصحة من المتحدثين على تحميل المواطنين سبب انتشار وباء "الحصبة" لعدم السماح لأطفالهم بالتلقيح، بينما جزء من المسؤولية يقع عليها، وإن دل على شيء إنما يدل على غياب خطة اتصالات أزمة قبل وأثناء تفشي "الحصبة".

"في مواجهة حجم الظاهرة وغضب السكان المتزايد، بالكاد بدأت وزارة الصحة الجزائرية في التواصل بشأن هذه القضية، بعد شهرين من بدء تفشي الوباء، لكن بعيدا عن الإعلان عن خطة طوارئ قادرة على وقف الكارثة والعناية اللائقة بالمرضى، تلقي الدولة باللوم على فشل حملتي التطعيم المدرستين اللتين تم تنظيمهما العام الماضي، وقد أثار ذلك

[1] Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Rapport D'analyse de la Couverture Vaccinale.

جدلا واسعا وتسبب في بعض عدم الثقة بعد الطلبات المقدمة إلى الوالدين للتوقيع على تنازل يأذن بتطعيم أطفالهم"[1].

"كل صباح، تجعلنا وسائل الإعلام نستمع إلى مسؤول في القطاع يأتي لتحديث العدد المروع ويكرر بلا كلل أن إحجام الآباء عن تطعيم أطفالهم هو أصل الوباء؛ الحالة حساسة بالنسبة للسلطات المركزية لأنها أزمة صحية تؤثر بشكل رئيسي على المنطقة التي تفتقر إلى معظم هياكل المستشفيات وقدرات الاستقبال والرعاية"[2].

على مدار سنتين تقريبا لم يكن هناك تسطيح لمنحنى الأزمة، فالإجراءات والقرارات المتخذة لم تكن كافية، فالأولى كان إجراء بحث كامل وواسع عن البدو الرحل بالتعاون مع الأجهزة الأمنية والمجتمع المدني، لا دعوة البدو الرحل للتلقيح عبر وسائل الإعلام، فعلى الأرجح لن تصل إليهم هذه الرسالة لاعتمادهم على طرق بدائية للعيش. إجمالا يمكن القول مايلي:

أولا: قبل الأزمة:

- عدم وضع خطة لتدارك فشل حملة التلقيح سنة 2017 لمنع ظهور أزمة "حصبة" في المستقبل القريب؛
- عدم وضع خطط لمواجهة أزمة "حصبة" كانت منتظرة في ظل عدم بلوغ نسبة مناعة القطيع.

ثانيا: أثناء الأزمة:

- عدم إقرار خطة للتعامل مع أزمة "الحصبة"؛
- المتحدثون باسم وزارة الصحة كان تركيزهم على نقطة تحميل الأولياء فشل حملة التلقيح، وهو ما يؤكد بأنهم غير مدربين على كيفية التعامل مع وسائل الاعلام أثناء الأزمات؛
- الاعتماد على خلايا الأزمة في ظل غياب مؤسسة رسمية تعنى بإدارة الأزمات الصحية؛

[1] Sarah Haidar, “L’épidémie de rougeole en Algérie : le symptôme de trop d’une politique sanitaire en faillite”, Middle East Eye, consulté le 15 Mai, 2022, https://bit.ly/3Ot2vqS.
[2] Ibid.

– تأخر الاستجابة مما أدى إلى توسع رقعة تفشي "الحصبة"، مع عدم تسطيح منحنى أزمة "الحصبة" لسنتين.

المبحث الثاني: أزمة الكوليرا 2018

بعد دراستنا لأزمة "الحصبة" يأتي الدور على دراسة أزمة "الكوليرا"، إذ تشتركان في نفس سنة التفشي، كما أن فيرس "الحصبة" وبكتيريا "الكوليرا" تفشيا داخل إقليم الجزائر، بمعنى لم تنتقل العدوى من دولة أخرى، "الكوليرا" من الأوبئة التي أعلنت الجزائر القضاء عليها قبل سنوات طوال، وشكل عودتها علامة استفهام للأمن الصحي في الجزائر.

المطلب الأول: بحث في ماهية الكوليرا

قبل التطرق لأزمة "الكوليرا" في الجزائر سنة 2018 لابد من التعرف على ماهية "الكوليرا" من خلال التطرق: لبداية وأسباب ظهورها، أعراضها، طرق انتقال العدوى، العلاج، وأخيرا التطرق لتطور عدد الإصابات والوفيات في العالم خلال الفترة 1971–2020.

الفرع الأول: "الكوليرا": الانتشار والأعراض

"الكوليرا" كلمة اغريقية تعني "المزراب*"، وكان الطبيب اليوناني "أبقراط" (460–370 قبل الميلاد) أول من استخدمها في كتاباته لوصف مرض خبيث خطر على المجتمع يتم من خلاله طرد السوائل بقوة من الجسم بطريقة تشبه المزراب (المسرب)، انتشرت "الكوليرا" خلال القرن التاسع عشر في جميع أنحاء العالم انطلاقا من مستودعها الأصلي في دلتا نهر "الغانج" بالهند"[1].

"وتعتبر "الكوليرا" Le Choléra من الأمراض التي انتشرت في مختلف بقاع العالم [...] وهي واحدة من أسرع الأمراض القاتلة المعروفة، والتي تسبب في ظهورها بكتيريا تؤدي إلى تهيجات عنيفة في الجسم"[2].

---

* المزراب تقنية لصرف مياه الأمطار من الأسطح.

[1] محمد أحمد نايف الكامل، "وباء الكوليرا حتى لا يصبح جائحة"، *مجلة المركز الإقليمي لمكافحة الليشمانيا*، ع.5، (2017): 15.

[2] فطيمة بن يحي، "وباء الكوليرا وتأثيراته على المجتمع الجزائري في الفترة الاستعمارية 1834–1867"، *مجلة آفاق فكرية* 9، ع.02، (2021): 135.

انتشرت "ست جوائح* من المرض حصدت أرواح الملايين من البشر في جميع القارات"[1]، إذ "سجلت الجائحة الثالثة أكبر حصيلة في القتلى حيث تجاوز عدد قتلى الكوليرا المليون شخص في روسيا وحدها بين عامي 1852 و1860م"[2]، "أما الجائحة الحالية (السابعة) فقد اندلعت بجنوب آسيا في عام 1961 ووصلت إلى أفريقيا في عام 1971 ثم إلى الأمريكتين في عام 1991، وتتوطن الكوليرا الآن العديد من البلدان"[3].

> "الكوليرا" مرض وبائي معوي حاد؛ شديد الخطورة وشديد العدوى، يصيب الأطفال والبالغين على حد سواء، ويمكن أن يقتل ما نسبته 15% من المصابين في غضون بضع ساعات، تحدث الإصابة "بالكوليرا" نتيجة ابتلاع ماء أو طعام ملوث ببكتيريا عصوية على شكل "فاصلة" تسمى "الضمة" غالبا ما يصاحبها غثيان وقيء متكرر، مما يؤدي إلى فقدان الجسم وفي فترة قصيرة كميات كبيرة من السوائل والأملاح الضرورية (كالصوديوم والبوتاسيوم والكلوريد)، الأمر الذي إن لم يتم تداركه بالعلاج مبكرا، قد ينتهي بوفاة المريض خلال ساعات قليلة بسبب الجفاف الحاد، أو خلال دقائق قليلة بسبب الصدمة الناتجة عن انهيار الدورة الدموية والتي غالبا ما تصاحب فشلا كلويا ثانويا، ومن أهم الأعراض التي قد ترافق جفاف "الكوليرا" جفاف الجلد والفم، العطش الشديد، الخمول، انغماس العينين إلى الداخل، قلة البول، وتقلصات عضلية مؤلمة في الجذع أو الأطراف، إضافة إلى تسارع ضربات القلب وانخفاض ضغط الدم، والسخونة (عند الأطفال)"[4].

الفرع الثاني: "الكوليرا" الأسباب والعلاج

تعتبر منظمة الصحة العالمية "الكوليرا" عدوى حادة تسبب الإسهال وتنجم عن تناول الأطعمة أو شرب المياه الملوّثة بضمات بكتيريا "الكوليرا"، ولا تزال "الكوليرا" تشكل تهديدا عالميا للصحة العامة ومؤشرا على انعدام المساواة وانعدام التنمية الاجتماعية"[5].

---

* هناك اختلاف بين الجائحة والوباء، فالأولى أكثر انتشارا تشمل بلدان كثيرة وقد تمس جميع القارات، أما الوباء فينتشر بحيز جغرافي محدود سواء في دولة واحدة أو عدة دول.

[1] "الكوليرا"، منظمة الصحة العالمية، تصفح بتاريخ 16 ماي، 2022، https://bit.ly/3PuOmut.

[2] نايف الكامل، وباء الكوليرا، 15.

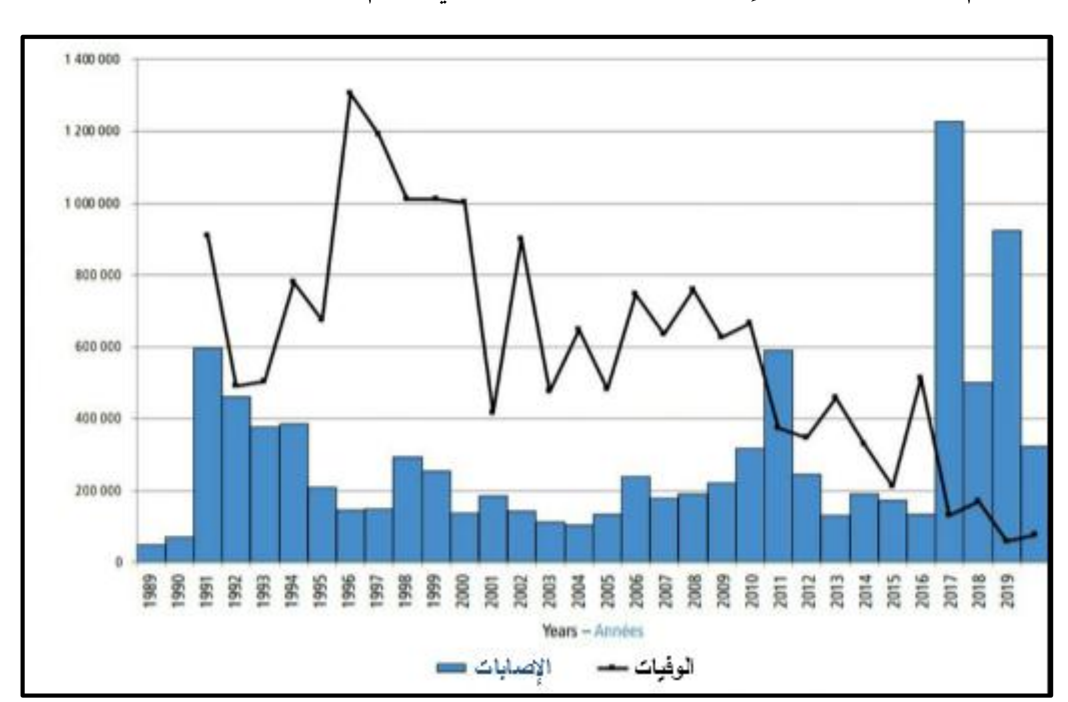
[3] الكوليرا، منظمة الصحة العالمية.

[4] نايف الكامل، وباء الكوليرا، 15.

[5] الكوليرا، منظمة الصحة العالمية.

"ويرتبط انتقال "الكوليرا" ارتباطا وثيقا بقصور سبل إتاحة المياه النظيفة ومرافق الصرف الصحي، وتشمل المناطق المعرضة للخطر تقليديا الأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية، وكذلك مخيمات المشردين داخليا أو اللاجئين، ويمكن أن تسفر العواقب المترتبة على وقوع أية كارثة إنسانية مثل تعطل شبكات المياه ومرافق الصرف الصحي، أو نزوح السكان إلى مخيمات غير ملائمة ومكتظة عن زيادة خطورة انتقال "الكوليرا" إذا كانت بكتيريا المرض موجودة فيها"[1].

شكل رقم 28: تطور عدد الإصابات والوفيات بالكوليرا في العالم خلال الفترة 1989-2020



Source: "Weekly Epidemiological Record (WER)", Relief Web, accessed in 17 May, 2022, https://bit.ly/3cGfEzr.

يظهر الشكل بأن أعلى وفيات "بالكوليرا" كان في سنة 1996 بالرغم عدم بلوغ الإصابات 200.000، على عكس سنة 2017 أين سجلت أعلى الإصابات فاقت مليون ومئتي ألف حالة "كوليرا"، مع عدم تجاوز الوفيات 200.000، ويعود سبب ذلك لتحسين شبكات المياه ومرافق الصرف الصحي بعدد من الدول الفقيرة والغنية على حد سواء، أيضا تطوير أدوية ولقاحات ضد "الكوليرا".

---

[1] الكوليرا، منظمة الصحة العالمية.

تم تطوير ثلاثة لقاحات للحماية من "الكوليرا" معتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية هي: لقاح "ديوكورال" Dukoral، و"شانتشول" Shanchol، و"يوفيتشول-بلس" Euvichol-Plus، يلزم أخذ جرعتين من هذه اللقاحات الثلاثة جميعها من أجل توفير حماية كاملة[1].

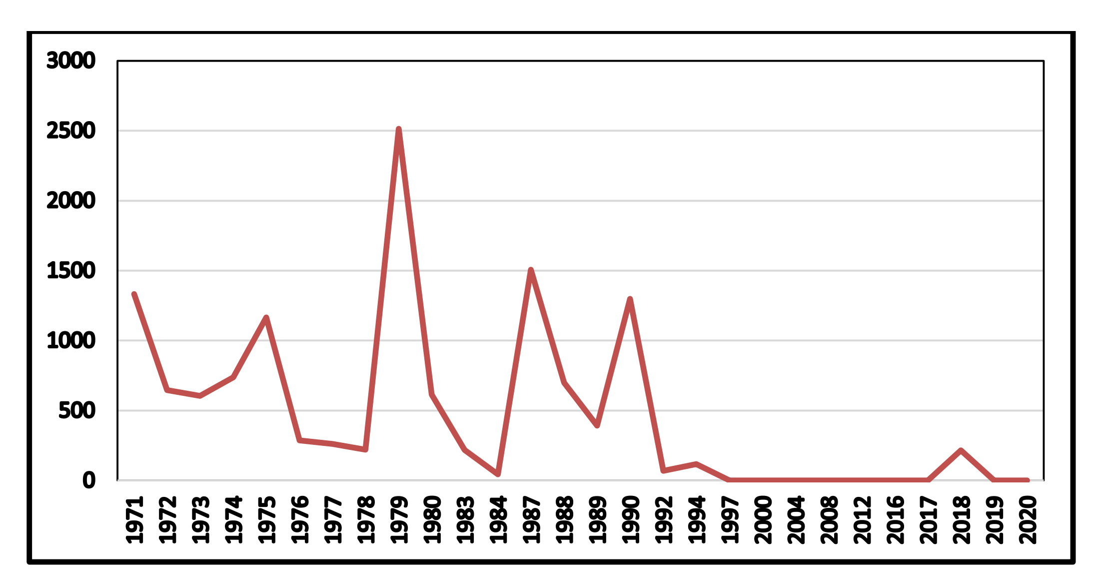
فحتى إذ لم يكن المصاب "بالكوليرا" ملقحا، فعلاجه سهل من خلال الإسراع في تزويده بمحاليل "الإمهاء الفموي"* Oral Rehydration Therapy، فهذا المحلول أثبت قدرته على معالجة أغلب المصابين، أما المصابين بالجفاف الشديد والمعرضين لخطر الصدمة فيلزم الإسراع في حقنهم بالسوائل عن طريق الوريد[2].

المطلب الثاني: دراسة لأزمة الكوليرا

عودة تفشي "الكوليرا" سنة 2018 يؤكد وجود خلل في منظومة الوقاية الصحية، يستهدف هذا المطلب إيجاد مواطن الخلل، وحدود استجابة المؤسسات خصوصا الصحية منها للأزمة، أيضا التعرف على حدود تطبيق نظام إدارة الأزمة الصحية.

الفرع الأول: أزمة "الكوليرا"...البداية، الأسباب، الإجراءات

شكل رقم 29: تطور عدد الإصابات بالكوليرا في الجزائر خلال الفترة 1971-2020



[1] الكوليرا، منظمة الصحة العالمية.

* محلول يتكون من أملاح: الغلوكوز، كلور الصوديوم، كلور البوتاسيوم، بيكربونات الصوديوم.

[2] الكوليرا، منظمة الصحة العالمية.

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

- "Number of reported cases of cholera", WHO, accessed in 17 May, 2022,
https://bit.ly/3PC5kHr.

-"Algeria-2018", WHO, accessed in 17 May, 2022, https://bit.ly/3vfAV9.

منذ وصول الجائحة السابعة "للكوليرا" للجزائر شهدت ست موجات وبائية خلال الأعوام التالية: 1973، 1978، 1984، 1989، 1992، 2018، وما بين 1997 و2017 حوالي 20 سنة لم تسجل فيها البلاد ولا إصابة واحدة "بالكوليرا"، فما هي أسباب عودة "الكوليرا"؟.

منذ السابع أوت 2018 استقبلت المستشفيات بكل من ولاية البليدة والبويرة وتيبازة مرضى يعانون من إسهال حاد، ثم بدأت أعداد المرضى بالتزايد مع تسجيل مستشفيات بولايات أخرى لنفس الحالة، وبتاريخ 23 أوت 2018 أعلنت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بأن المرضى مصابين "بالكوليرا"[1]، وبعد الاشتباه بكثير من الينابيع الطبيعية ومرور حوالي شهر من تفشي "الكوليرا" أعلنت وزارة الصحة بأن وادي "بني عزة" بولاية البليدة ومنبع "سيدي الكبير" بولاية تيبازة هما مصدر "الكوليرا"[2].

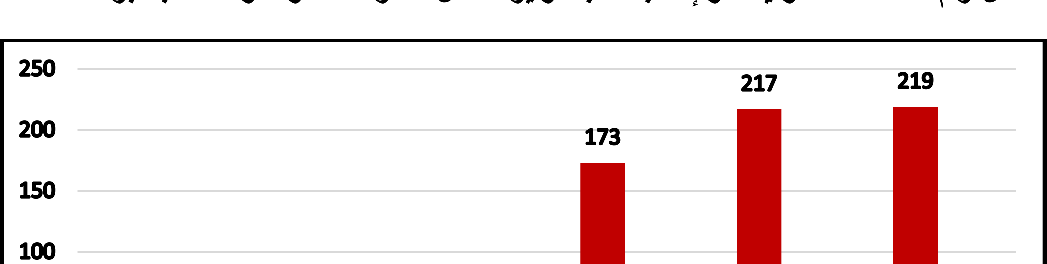
وكانت وزارة الصحة ومعهد باستور قد أنكرا بتاريخ 20 أوت 2018 تعلق الحالات المصابة "بالكوليرا"، فخلال ندوة صحفية نظمتها كل من وزارة الصحة ومعهد باستور صرح مدير معهد باستور ترجيحه لفرضية التسمم الغذائي وأن التحاليل الأولية كافية لإثبات أن الأمر لا يتعلق بتاتا بحالات "كوليرا"[3].

[1] "الكوليرا تعود إلى الجزائر فتُلهب مواقع التواصل"، DW، تصفح بتاريخ 16 ماي، 2022، https://bit.ly/3OwzFpr.

[2] "Informations choléra", Institut Pasteur, consulté le 17 Mai, 2022, https://bit.ly/3zArPXK.

[3] ليلى بيراتو، "الجزائر: وباء الكوليرا ...والآفات الأخرى"، أوريان 21، تصفح بتاريخ 16 ماي، 2022، https://bit.ly/3J93xHr.

شكل رقم 30: عدد الوفيات والإصابات "بالكوليرا" خلال الفترة 07 أوت و10 سبتمبر 2018



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

- ليلى بيراتو، "الجزائر: وباء الكوليرا ...والآفات الأخرى"، أوريان 21، تصفح بتاريخ 16 ماي، 2022، https://bit.ly/3J93xHr.
- "الجزائر تعلن عن أول وفاة من الكوليرا"، سكاي نيوز عربية، تصفح بتاريخ 17 ماي، 2022، https://bit.ly/3zgrDvA.
- "الكوليرا تعود إلى الجزائر فتُلهب مواقع التواصل"، DW، تصفح بتاريخ 17 ماي، 2022، https://bit.ly/3OwzFpr.
- "وباء الكوليرا في الجزائر مجدداً بعد عقود"، DW، تصفح بتاريخ 17 ماي، 2022، https://bit.ly/3PZQNF9.
- "Algeria-2018", WHO, accessed in 17 May, 2022 https://bit.ly/3vfAV9X.

خلال فترة 07 أوت و10 سبتمبر سجلت وزارة الصحة 219 حالة "كوليرا" وحالتي وفاة، بلغت ذروة الاصابات يوم 10 سبتمبر بوصولها لـ 219 إصابة، وقد أعلنت وزارة الصحة في 08 سبتمبر تسجيل حالة واحدة فقط "بالكوليرا" مؤكدة السيطرة على الوباء وقرب نهايته.

شكل رقم 31: خريطة تفشي "الكوليرا" حتى 31 أوت 2018

Source: "Informations choléra", Institut Pasteur, consulté le 17 Mai, 2022, https://bit.ly/3zArPXK.

تفشي "الكوليرا" بدأ بولاية البليدة والتي سجلت أكثر من نصف الإصابات، ثم انتقلت العدوى إلى ولايات أخرى في وسط البلاد، مثل: الجزائر العاصمة، تيبازة، المدية، عين الدفلى، البويرة، وبحلول شهر سبتمبر تم تسجيل حالة بولاية وهران في أقصى الغرب الجزائري.

أشرنا في الفصل الثاني في المبحث الأول في الفرع الأول، بأن المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة مسؤولة عن إعداد واقتراح مخططات استراتيجية وبرامج ومشاريع الوقاية ومكافحة الأمراض المتنقلة، وطبعا "الكوليرا" من الأمراض المتنقلة، وأي مخطط أو برنامج أو مشروع في هذا المجال تتداخل معه مجموعة من الوزارات والمؤسسات، هي: وزارة الموارد المائية والأمن المائي باعتبارها مسؤولة عن المياه الصالحة للشرب وسياسة الصرف الصحي والري، فهذه الوزارة يتبعها أيضا الديوان الوطني للتطهير. وزارة الفلاحة والتنمية الريفية، المسؤولة عن سقي الأراضي الفلاحية وأمن المنتوجات الفلاحية. وزارة الداخلية والجماعات المحلية تشارك هي الأخرى من خلال الجماعات المحلية عبر أدوارها في مجالات النظافة والتطهير وأمن المياه. حدد مجموعة من الخبراء أسباب عودة تفشي "الكوليرا" للأسباب التالية[1]:

[1] Reda Bekkat, "Pourquoi le choléra est de retour en Algérie", Courrier International, consulté le 17 Mai, 2022, https://bit.ly/3vjabVY.

- إهمال الجماعات المحلية أدوارها المتعلقة بالنظافة والتطهير؛
- ضعف الرقابة في مجال الري من الوديان وغيرها من المجاري المائية المستخدمة في الزراعة فهي ملوثة إلى حد كبير؛
- تلوث مياه الوديان والمجاري بالمخلفات الصناعية والمنزلية؛
- عدم كفاءة مؤسسة التطهير.

خلال الأزمات الصحية تتخذ إجراءات وقرارات للتعامل مع الأزمة، سنرصد في النقاط التالية هذه الإجراءات والقرارات:

- تشكيل خلايا أزمة بـ: وزارة الصحة، مديريات البيئة، الولايات، البلديات المنتشرة فيها "الكوليرا"[1].
- تخصيص مستشفى "بوفاريك" بولاية البليدة ومستشفى "القطار" بالعاصمة لعزل المشتبه بهم ومعالجة مرضى ولايات وسط البلاد[2]؛
- إلزام الطاقم الطبي والاداريين ارتداء الأقنعة والملابس الصحية الوقائية في المستشفيات التي يتواجد فيها مرضى "الكوليرا"[3]؛
- إنشاء لجنة وطنية للوقاية من الأمراض المتنقلة عن طريق المياه ومكافحتها، يرأسها وزير الداخلة والجماعات المحلية، وتضم ممثلي مجموعة من الوزرات والمؤسسات*.
- أعلنت منظمة الصحة العالمية إبلاغها من طرف وزارة الصحة عبر نقطة الاتصال بموجب اللوائح الصحية الدولية، بمايلي[4]:

[1] حكيمة ذهبي، "عطلة المسؤولين تسهم في الانتشار السريع لـ "الكوليرا"، المحور اليومي، تصفح بتاريخ 17 ماي، 2022، https://bit.ly/3J7JhG2.

[2] "وزارة الصحة تعلن أن الوضع متحكم فيه: تسجيل حالة وفاة وعشرات الإصابات بالكوليرا"، النصر، تصفح بتاريخ 17 ماي، 2022، https://bit.ly/3OEdwpo.

[3] "بوحمرون يقتل طفلين.. والكوليرا يضرب 4 ولايات"، النهار، تصفح بتاريخ 17 ماي، 2022، https://bit.ly/3vjHNmu.

* لمزيد من التفاصيل حول اللجنة: مرسوم تنفيذي رقم 19-196 مؤرخ في 7 ذو القعدة عام 1440 هـ الموافق 10 يوليو سنة 2019، يتضمن إنشاء لجنة وطنية للوقاية من الأمراض المتنقلة عن طريق المياه ومكافحتها، وتحديد مهامها وتنظيمها وسيرها (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع.45، الصادرة بتاريخ 14 ذو القعدة عام 1440 هـ الموافق 17 يوليو سنة 2019).

[4] "Algeria-2018", WHO.

- أفادت وزارة الصحة بوجود سعة كافية داخل المستشفيات لمعالجة مرضى الكوليرا، ويتم علاج المرضى في مستشفيين إقليميين في المناطق المتضررة.
- تجري عمليات المراقبة والبحث النشط عن الحالات التي تم تحديدها، وقد تم تكثيفها من قبل وزارة الصحة.
- يتم اختبار إمدادات المياه العامة في الجزائر على أساس يومي؛ تم اختبار جميع العينات التي تم جمعها وكانت سلبية لمسببات الأمراض المعوية.
- بناء على طلب من معهد باستير الجزائر، أرسلت منظمة الصحة العالمية 5000 اختبار تشخيصي سريع إلى الجزائر.

الفرع الثاني: تقييم لإدارة أزمة الكوليرا

لقد عكست أزمة "الكوليرا" مشهدا فوضويا إن صح التعبير، فكانت وزارة الصحة في الواجهة بالرغم من أن مسؤولية ظهور وتفشي "الكوليرا" يعود أيضا لمؤسسات وزارية سبق الإشارة لها، لقد حاولت وزارة الصحة والمؤسسات التابعة لها التستر على الأزمة في محاولة للسيطرة على الوباء، لكن تزايد الحالات دفعها للاعتراف بتفشي "الكوليرا"، وعوض أن يكون هناك اتصال مؤسساتي بين مؤسسات الدولة قبل وأثناء الأزمة، حاول كل من وزراء الصحة والفلاحة والموارد المائية التنصل من المسؤولة وتحميل الطرف الآخر سبب عودة "الكوليرا"، لأن هذا التفشي يشير إلى أن الأمن الصحي للجزائر في خطر.

كان واضحا بأن وزارة الصحة لا تملك خطة استراتيجية لتطويق الوباء، بداية من عملية التستر التي أشرنا إليها، إلى تصريح وزير الصحة بالقضاء على "الكوليرا" خلال ثلاثة أيام، ثم نفي الوزارة ذلك عبر بيان رسمي، كما كان هناك تضارب في المعلومات بخصوص مصدر "الكوليرا"، ولم يعرف المصدر إلا بعد حوالي شهر منذ بداية تفشي "الكوليرا".

أداء وزارة الصحة انسحب كذلك على والي ولاية البليدة آنذاك، والذي أنهيت مهامه بعد سوء أدائه خلال الأزمة، فرغم بأن ولاية البليدة الأكثر تسجيلا للإصابات، إلا أن الإدارة المحلية كانت غائبة، باستثناء مديرية الصحة لذات الولاية.

يحتكر معهد باستور تحاليل الكشف عن بكتريا "الكوليرا"، وينتظر المريض أربعة أيام للحصول على نتيجة التحليل، ما تسبب في فوضى وتكدس المرضى والحالات المشتبه بها داخل المستشفيات.

وعليه يمكن القول بأن أبرز نقاط الخلل التي كشفتها أزمة "الكوليرا"، هي:

أولا: مرحلة قبل الأزمة:

- غياب خطط استباقية للتعامل مع الأزمة؛
- غياب نظام إنذار مبكر؛
- هناك ثغرات في المخططات والبرامج والمشاريع الوقاية ومكافحة الأمراض المتنقلة التي تعدها المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة، والتي تشارك فيها مجموعة من مؤسسات الدولة، وإلا لما تفشت "الكوليرا".

ثانيا: أثناء الأزمة:

- عدم إقرار خطة للتعامل مع الأزمة، والاكتفاء باتخاذ إجراءات وقرارات بحسب تطور الأزمة؛
- غياب عنصر الاتصال المؤسساتي بين مؤسسات الدولة بصفة عامة، وعلى مستوى وزارة الصحة خصوصا؛
- غياب عناصر آليات القيادة والاتصال والتحكم لدى قيادات وزارة الصحة ومؤسسة باستور والمدراء المحليين؛
- سوء إدارة الأزمة على مستوى مستشفى "بوفاريك" تؤكد عدم تدريب قيادة المستشفى على مهارات إدارة الأزمات الصحية؛
- ضعف أداء خلايا الأزمة التي تم تشكيلها في ظل غياب نظام شامل لإدارة الأزمات؛
- ضعف أداء المتحدثين الرسميين؛
- ضعف استجابة كل من وزارة الصحة ومعهد باستور.

المبحث الثالث: كوفيد-19... الجائحة العالمية 2019

فيروس "كوفيد-19" أدخل العالم في وضع غير متوقع بالرغم من التقدم العلمي عموما والعلوم الطبية والوبائية خاصة، سارعت على إثره مختلف دول العالم لتبني استراتيجيات للمواجهة كانت تداعياتها قاسية على الأفراد والدول صحيا وسياسيا واقتصاديا واجتماعيا ونفسيا، كما انطلقت العديد من الشركات والمخابر في سباق لإيجاد لقاح ضد الفيروس.

على غرار مختلف الدول كانت الجزائر عرضة لانتشار الفيروس، مما أرغمها على اتخاذ مجموعة من الإجراءات والقرارات والتدابير للتعامل مع الوضعية الوبائية، وكانت الجائحة اختبارا حقيقيا للنظام الصحي وللإطار المؤسساتي والتنظيمي بُعَيد أزمتي الحصبة والكوليرا ذات الطابع المحلي والحيز الجغرافي المحدود.

المطلب الأول: جائحة كوفيد-19: من وباء إلى جائحة عالمية

يعالج هذا المطلب الجائحة عبر العديد من العناصر، في محاولة لتقديم رؤية شاملة لأصل فيروسات كورونا وتطورها عبر محطات تاريخية مختلفة وصولا لسلالة فيروس "كوفيد-19"، التي تسببت في جائحة عالمية خلفت ملايين المصابين والوفيات، علاوة على مجموعة التداعيات والآثار بالرغم من مختلف إجراءات وتدابير الوقاية والمواجهة.

الفرع الأول: ظهور فيروسات كورونا وتطورها

في سنة 1923 انتشر بالولايات المتحدة الأمريكية وكندا مرض تنفسي يصيب صيصان الدجاج، ويرجح بأن الظهور الأول لهذا المرض يعود لسنة 1920، يتميز بإفرازات أنفية مستمرة غالبا ما تكون دموية، إضافة إلى ضيق تنفس الصيصان تنتهي بالنفوق، أطلق البيطري الكندي "رونالد جواتكين" Ronald Gwatkin سنة 1925 على هذا المرض اسم "خناق الدجاج"، كما أطلق عليه "جيري ريموند بيتش" Jerry Raymond Beach من جامعة كاليفورنيا سنة 1926 "التهاب الشعب الهوائية المعدي"[1].

[1] Kholhring Lalchhandama, “The chronicles of coronaviruses: the bronchitis, the hepatitis and the common cold”, *Science Vision* 20, no.01, (2020): 46.

حتى سنة 1929 ساد الاعتقاد بأن المرض سببه عدوى بكتيرية، لكن في سنة 1930 تمكن كل من "روبرت جراهام Robert Graham "وفرانك ثورب جونيور" Frank Thorp Jr "وويليام آرثر جيمس" William Arthur James من مركز التجارب الزراعية في إلينوي، من ربط المرض بفيروس وليس عدوة بكتيرية، وهو ما كان حافزا للباحثين "ليلاند ديفيد بوشنيل" Leland David Bushnell و"كارل ألفريد براندلي" Carl Alfred Brandly في النجاح في اكتشاف الفيروس وعزله لأول مرة مطلقين عليه "فيروس التهاب الشعب الهوائية المعدي IBV"[1].

في 14 أوت 1947 أصيب اثنين من الفئران التجريبية بكلية الطب بجامعة هارفارد بالتهاب في الدماغ، تبين فيما بعد بأن فيروس ما وراء هذا المرض، ومن جهة أخرى عرف المعهد البريطاني الوطني للبحوث الطبية موت سلالة من فئران التجارب، تبين في سنة 1950 تعرضها لالتهاب الكبد الناتج عن فيروس، لكن لم يعرف بعد بأن الفيروسات الثلاث التي أصابت الدجاج والفئران هي من فصيلة واحدة[2].

> "في عام 1965 اكتشف "مالكولم بينو" Malcolm Pino و"ديفيد تيريل" David Tyrrell أنهما يمكنهما نقل فيروس يسمى B814، بزرعه عبر تمريره في مزارع أعضاء القصبة الهوائية الجنينية البشرية، التي تم الحصول عليها من الجهاز التنفسي لشخص بالغ مصاب بنزلة برد، وتم إثبات وجود عامل معدي بين المتطوعين من البشر بعد تلقيحهم بالفيروس [...] في ذلك الوقت تقريبا نجح "دوروثي هامري" Dorothy Hamre و"جون بروكنو" John J. Procknow في عزل فيروس بخصائص غير عادية وزرعه، تم الحصول عليه من طلاب الطب المصابين بنزلات البرد، أطلق عليه E229 [...] في أواخر الستينيات، كان تيريل يقود مجموعة من علماء الفيروسات يعملون مع السلالات البشرية وعدد من فيروسات الحيوانات، وشمل ذلك فيروس التهاب الشعب الهوائية المعدي، وفيروس التهاب الكبد في الفئران، وفيروس التهاب المعدة والأمعاء الناجم عن الخنازير، والتي ثبت أنها جميعها من الناحية

[1] Lalchhandama, "The chronicles of coronaviruses,", 47.
[2] Ibid, 48-49.

الشكلية من نفس النوع [...] وتم قبولها رسميا لاحقا كجنس جديد من الفيروسات"[1].

ساعد تطور المجهر تيريل سنة 1966 بمساعدة "جون دالزيل ألميدا "June Dalziel Almeida من كلية الطب بمستشفى سانت توماس بلندن، على إجراء فحص مقارن بين فيروس B814 وE229، حيث توصلا لتشابه بنيوي بين الفيروسين، كما اكتشفا أيضا تشابه بنيوي مع فيروس IBV، وفي النهاية تبين بما يدعو مجالا للشك بأن ثالوث الفيروسات B814 وE229 وIBV الذي يصيب الدجاج والفئران والإنسان كانت من فصيلة واحدة، من هنا فكر تيريل بتسميتها "الفيروسات الشبيهة بالإنفلونزا" لكنه تراجع عن ذلك، وفي سنة 1968 صدر مقال لثمانية علماء فيروسات من بينهم تيريل بمجلة Nature أطلقوا على هذه الفيروسات اسم "كورونا"، معللين ذلك بالشبه بين هذه الفيروسات والإكليل الشمسي، فيما تم اعتماده سنة 1971 من قبل اللجنة الدولية لتسمية الفيروسات تحت اسم عائلة Coronaviridae جنس Coronavirus [2]، وللعائلة أربعة أجناس هي: "ألفا" ALPHA، "بيتا" BETA، "جاما" GAMMA ، "دلتا" DELTA [3].

عائلة الفيروسات التاجية تضم عدد كبير من الفيروسات تسبب أمراض للإنسان والحيوان، ولايزال يتم اكتشاف أفراد جدد لهذه العائلة[4]، وجدت الدراسات الوبائية بأن قدرة فيروسات "الكورونا" على الإمراض منخفضة[5]، لكن ظهور فيروس "السارس" SARS في الصين 2002–2003 المتسبب في "المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة"، أبان عن تحول في قدرة فيروسات "الكورونا" على الإمراض، وهو ما أكده أيضا ظهور فيروس "ميرس" MERS بالشرق الأوسط سنة 2012 المتسبب في "متلازمة الشرق الأوسط التنفسية"، فهذان الفيروسان لهما القدرة على الإمراض الشديد يمكن أن تصل لحد الوفاة[6]، ومع نهاية سنة 2019 ظهر فيروس "كورونا" جديد تسبب في جائحة لم تألفها البشرية لعقود.

---

[1] Jeffrey S. Kahn and Kenneth McIntosh, “History and Recent Advances in Coronavirus Discovery”, *The Pediatric Infectious Disease Journal* 24, no.11, (2005), 223.

[2] Lalchhandama, “The chronicles of coronaviruses,”, 48-50.

[3] عبد الهادي علي البصير، "مقالة استعراضية: حول فيروس كورونا (سارس التاجي–2) المسبب لمرض كوفيد 19"، *مجلة العلوم البحتة والتطبيقية* 19، ع.02، (2020): 122.

[4] المرجع نفسه، 121–122.

[5] Kahn and McIntosh, History and Recent Advances, 224.

[6] علي البصير، مقالة استعراضية: حول فيروس كورونا، 121–122.

الفرع الثاني: كوفيد-19: الظهور، الأعراض، طرق الانتشار والكشف

خلال شهر ديسمبر 2019 ظهرت بمدينة ووهان سلالة جديدة من فيروسات "كورونا" غير معروفة سابقا، حيث تم تسجيل عديد الحالات بالالتهاب الرئوي رجح بداية سبب الإنفلونزا، لكن في نهاية شهر ديسمبر خلص تحقيق لفريق متخصص أرسله المركز الصيني للسيطرة على الأمراض إلى أن السبب هو فيروس غير معروف من جنس "كورونا"، على إثره أعلنت السلطات الصينية يوم 07 جانفي 2020 ما خلص له التحقيق وتم تسميته بداية nCOV، ثم غير إلى SARS-COV-2، بينما اعتمدت منظمة الصحة العالمية اسم "مرض فيروس كورونا 19" CORONA VIRUSES DISEASE19 ويكتب اختصارا "كوفيد-19" COVID-19 [1]، وقد ورد في تقرير لفريق أرسلته منظمة الصحة العالمية للصين خلال 16-24 فيفري 2020 مايلي:

> "في 30 ديسمبر 2019، تم جمع ثلاث عينات من قصبات هوائية لمريض مصاب بالتهاب رئوي مجهول السبب (وهو نظام للمراقبة تم وضعه في أعقاب تفشي السارس في 2002-2003) بمستشفى ووهان الصين، كانت اختبارات "العصا القطنية" بواسطة جهاز "تفاعل تسلسل البلمرة" RT-PCR real-time للعينات إيجابية لعموم coronavirus Beta [...] أشارت تحليلات المعلومات الحيوية إلى أن الفيروس كان له سمات نموذجية لعائلة الفيروس التاجي وينتمي إلى سلالة Betacoronavirus 2B، أظهر تسلسل الجينوم الكامل لفيروس COVID-19، والجينومات الأخرى المتاحة لفيروس Betacoronavirus أن العلاقة الأقرب كانت مع سلالة الفيروس التاجي BatCov RaTG13 الشبيهة بسارس الخفافيش بنسبة 96٪، تم عزل الفيروس [...] لوحظت آثار الاعتلال الخلوي CPE بعد 96 ساعة من تلقيح الفئران، كما لوحظت جزيئات نموذجية تشبه التاج تحت المجهر الإلكتروني TEM [...] تعزل الفئران المعدلة وراثيا ACE2 وقرد Rhesus الذين يواجهون مشكل داخل الأنف

---

[1] علي البصير، مقالة استعراضية: حول فيروس كورونا، 121-122.

والتهاب الرئوي متعدد البؤر [...] تم اكتشاف فيروس COVID−19 في وقت لاحق وعزله في أنسجة الرئة والأمعاء للحيوانات المصابة"[1].

"مرض كوفيد−19 هو مرض معد يسببه فيروس كورونا المكتشف مؤخرا، ولم يكن هناك أي علم بوجود هذا الفيروس وهذا المرض المستجدين قبل اندلاع الفاشية في مدينة ووهان الصينية في ديسمبر 2019"[2].

"تتمثل أعراض مرض كوفيد−19 في الحمى والإرهاق والسعال الجاف، وقد يعاني بعض المرضى من الآلام والأوجاع، أو احتقان الأنف، أو الرشح، أو ألم الحلق، أو الإسهال، وعادة ما تكون هذه الأعراض خفيفة وتبدأ تدريجيا، ويصاب بعض الناس بالعدوى دون أن تظهر عليهم أي أعراض ودون أن يشعروا بالمرض"[3]، تشير الدراسات العلمية بأن 1 من كل 6 أشخاص يتطور المرض لديهم بشكل خطير، خصوصا كبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة كالسكري والقلب وضغط الدم، أما الأعراض الخطيرة فتتعلق بالحمى والسعال وضيق التنفس، كما بينت الأبحاث بأن 80% من المصابين يتماثلون للشفاء دون تدخل طبي[4].

"يمكن أن يصاب الأشخاص بعدوى مرض كوفيد−19 عن طريق الأشخاص الآخرين المصابين بالفيروس، ويمكن للمرض أن ينتقل من شخص إلى شخص عن طريق القطيرات الصغيرة التي تتناثر من الأنف أو الفم عندما يسعل الشخص المصاب بمرض كوفيد−19 أو يعطس، وتتساقط هذه القطيرات على الأشياء أو الأسطح المحيطة بالشخص ويمكن حينها أن يصاب الأشخاص الآخرون بمرض كوفيد−19 عند ملامستهم لهذه الأشياء أو الأسطح ثم لمس عينيهم أو أنفهم أو فمهم، كما يمكن أن يصاب الأشخاص بمرض كوفيد−19 إذا تنفسوا القطيرات التي تخرج من الشخص المصاب بالمرض مع سعاله أو زفيره"[5].

---

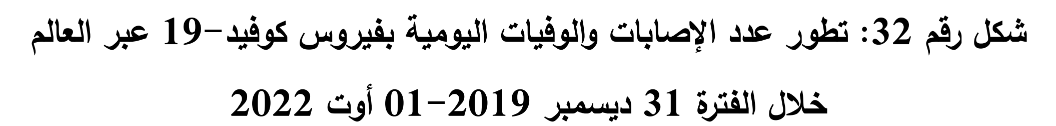
[1] World Health Organization, *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, (2020), 04.

[2] منظمة الأمم المتحدة، وكالة الأونروا، *فيروس كورونا المستجد (covid-19): دليل توعوي صحي شامل*، (05 مارس 2020)، 02.

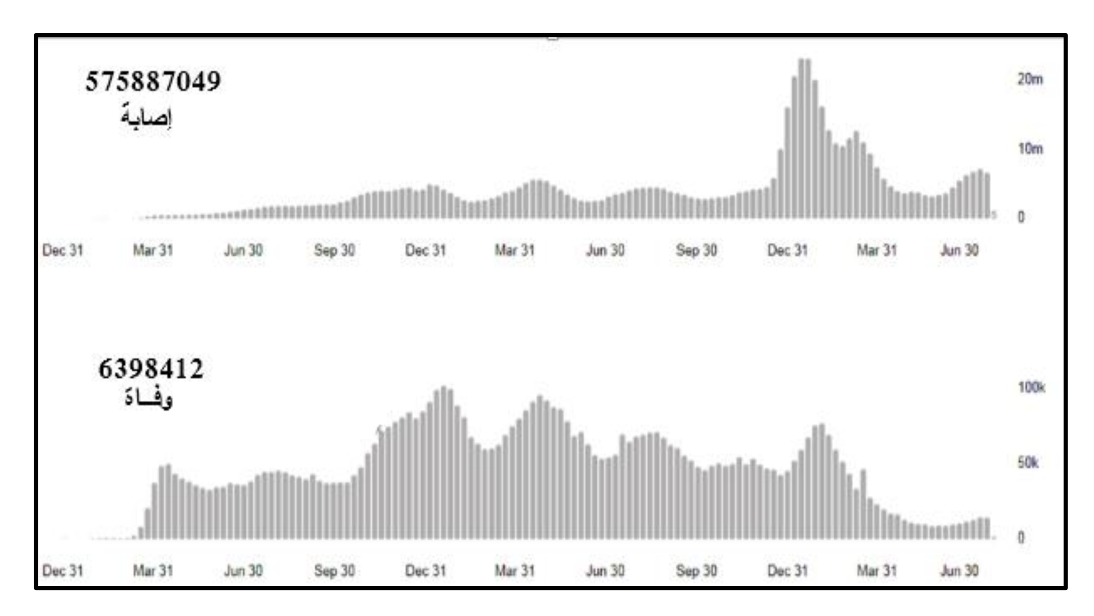
[3] المرجع نفسه.

[4] علي البصير، مقالة استعراضية: حول فيروس كورونا، 123.

[5] منظمة الأمم المتحدة، وكالة الأونروا، فيروس كورونا المستجد،02.



شكل رقم 32: تطور عدد الإصابات والوفيات اليومية بفيروس كوفيد-19 عبر العالم خلال الفترة 31 ديسمبر 2019-01 أوت 2022



Source: “WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard”, WHO, accessed in 02 August, 2022, https://bit.ly/3zqTwRB.

بعد ظهور فيروس "كوفيد-19" بدأ بالانتشار والتفشي تدريجيا بمختلف دول العالم، ساعده في ذلك تنقل المصابين بالفيروس داخل وخارج دولهم، إضافة لعدم إدراك منظمة الصحة العالمية لخطورة الفيروس الجديد مبكرا، فالفيروس الجديد ليس كسابقيه من فصيلة فيروسات "كورونا"، "اجتمعت لجنة الطوارئ مرة أخرى في 23 كانون الثاني/ يناير حيث انقسم الأعضاء بالتساوي بشأن ما إذا كان الحدث يشكل طارئة صحية عمومية تسبب قلقا دوليا، إذ رأى العديد من الأعضاء أنه لا توجد بعد معلومات كافية"[1]، بتاريخ 11 مارس 2020 "وبدافع من القلق البالغ إزاء المستويات المفزعة لانتشار المرض ووخامته من جهة، والمستويات المفزعة للتقاعس عن العمل من جهة أخرى، خلصت المنظمة إلى تقييم مفاده أن "كوفيد-19" يمكن وصفه بالجائحة"[2].

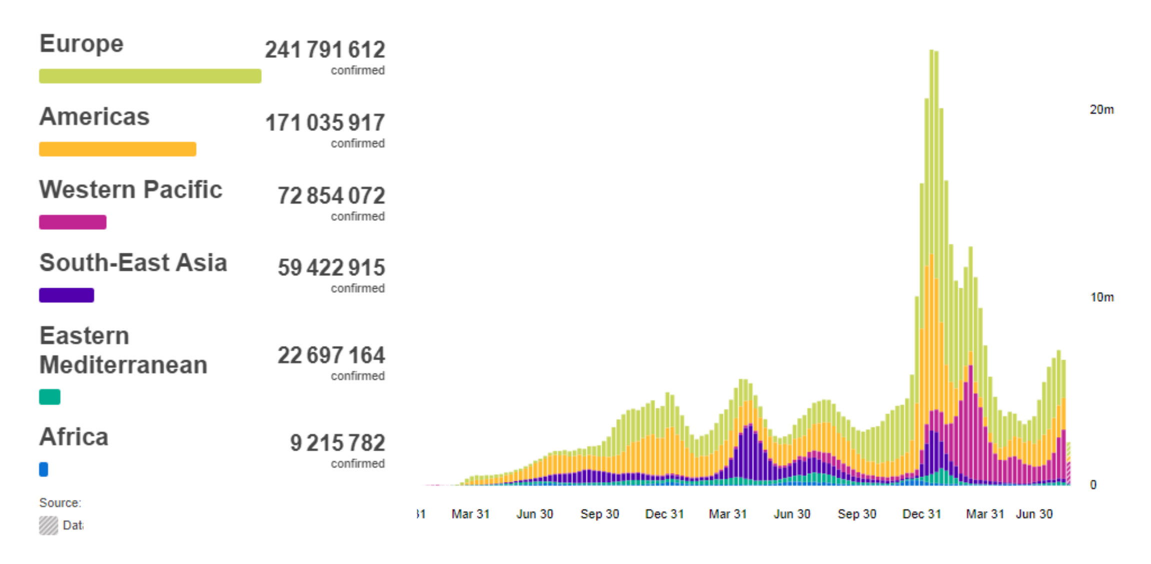
خلال الأشهر الأولى لانتشار الفيروس كانت تسجل عشرات الإصابات، لكن خلال شهر ديسمبر لسنة 2020 فاقت الإصابات المسجلة يوميا الأربعة ملايين حول العالم، كما

[1] "التسلسل الزمني لاستجابة منظمة الصحة العالمية لجائحة كوفيد-19"، منظمة الصحة العالمية، تصفح بتاريخ 20 ماي، 2022، https://bit.ly/3vFjq2R.

[2] المرجع نفسه.

تراوحت الوفيات المسجلة يوميا ما بين 80.000 و100.000، وهو ما أدى لانهيار نظم صحية متطورة كإيطاليا وإسبانيا، فالأولى تحتل المرتبة 17 عالميا لسنتي 2020 و2021 كأقوى نظام صحي وفقا لمؤشر "ليجاتوم"* Legatum، أما إسبانيا فصنفت في المرتبة 17 عالميا، فقد انتشرت في وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي صور وفيديوهات لمستشفيات عاجزة عن استقبال المرضى وتوفير الأكسجين لهم، علاوة على أكياس الجثث لمئات ضحايا الفيروس، كما تكرر ذات المشهد في دول أخرى كإيران والبرازيل.

شكل رقم 33: عدد الإصابات اليومية بفيروس كوفيد-19 والحصيلة الإجمالية عبر أقاليم منظمة الصحة العالمية خلال الفترة 31 ديسمبر 2019-01 أوت 2022



Source: WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, WHO, accessed in 02 August, 2022, https://bit.ly/3zqTwRB.

بتاريخ 01 أوت 2022 فاقت الإصابات النصف مليار، كما تعدت الوفيات الستة ملايين، ووفقا لبيانات الإصابات والوفيات حتى هذا التاريخ، تمثل نسبة الوفيات 1,11% فقط، قد تكون الأرقام أكثر بكثير في ظل عجز الدول الفقيرة عن إجراء تحاليل الكشف عن الفيروس، والتي تتطلب كواشف وأجهزة غالية الثمن، كما أن هناك مصابين لا تظهر عليهم الأعراض وبالتالي لا يتم حسابهم، وهو ما يفسر قلة عدد الإصابات بإقليم إفريقيا وجنوب شرق آسيا، على عكس الأمريكيتين وأوروبا، فقد "بلغ متوسط عدد حالات الإصابة "بكورونا"

* مؤشر يصدر عن معهد ليجاتوم بلندن تحت عنوان مؤشر رئيسي "الازدهار العالمي"، يتضمن المؤشر الرئيسي 12 مؤشر فرعي حول الحوكمة والأمن والاقتصاد والصحة...، لمزيد من التفاصيل حول المؤشر وتصنيف إيطاليا وإسبانيا، أنظر:
Legatum Institute, *The Legatum Prosperity IndexTM 2021 A tool for transformation*, (2021), https://bit.ly/3OX7hgy.

100 ألف لثلاثة أيام على التوالي"[1] بالولايات المتحدة الأمريكية، وهو ما يعني بأن هذه الأخيرة تجري تحاليل الكشف عن الفيروس بعدد يفوق المئة ألف تحليل يوميا.

"المعطيات تشير إلى أن 80% من المصابين قد لا تظهر عليهم أعراض أو تكون أعراضهم خفيفة، وأن 20% فقط يحتاجون لدخول المستشفى، منهم 5% تصبح حالتهم حرجة، و1–2% يموتون"[2]، فلماذا إذن تنهار النظم الصحية؟.

"الجواب في كلمة واحدة: الإغراق، فكورونا قادر على تحطيم النظام الصحي عبر إغراقه بعدد كبير من المرضى في وقت قصير، بحيث لا تعود المستشفيات تحتوي على أَسِرة كافية. عالميا، يتم قياس سعة النظام الصحي بعدد الأسرة في المستشفيات لكل ألف شخص من السكان، فمثلا في ألمانيا –وفقا لمعطيات منشورة بالإنترنت–هي ثمانية أسرة لكل ألف شخص، بينما في دول أخرى قد تكون النسبة أقل، فمثلا في تشيلي هي سريران تقريبا لكل ألف شخص، ومن الواضح أن الدول التي لديها أنظمة صحية أضعف يكون فيها هذا الرقم أقل. أيضا هناك معيار آخر، وهو عدد أسرة العناية الحثيثة لكل مئة ألف من السكان، وهي الأسرة المجهزة بأدوات خاصة للحالات الحرجة مثل أجهزة التنفس الاصطناعي، والتي تلعب دورا أساسيا في التعامل مع مرضى كورونا كوفيد–19، هذا الرقم أيضا يتفاوت، فمثلا في ألمانيا يوجد 29 سرير عناية حثيثة لكل مئة ألف من السكان، بينما في البرتغال يوجد أربعة أسرة، في المتوسط فإن 60–70% من الأَسرة في النظام الصحي تكون مشغولة بمرضى العمليات الجراحية والسرطان وحوادث السير والحالات المزمنة الصعبة، وهذا يعني أن ما يكون متاحا لا يتجاوز 40% من الأَسرة"[3].

يتم الكشف عن فيروس "كوفيد–19" عبر ثلاث طرق، فأما الأولى فتتعلق بتنمية الفيروس عند بداية ظهور المرض، لكنها تأخذ وقت طويل، بينما تعمل الطريقة الثانية على كشف الأجسام المضادة من خلال "الاختبار السيريولوجي"، الطريقة الثالثة هي الأكثر دقة

---

[1] "الولايات المتحدة: المتحورة دلتا ترفع عدد الإصابات بفيروس كورونا لأعلى مستوى منذ شهور"، فرانس 24، تصفح بتاريخ 20 ماي، 2022، https://bit.ly/3SkjxL7.

[2] "فك اللغز.. كيف يحطم كورونا النظام الصحي ويرمي المرضى في الشوارع؟"، الجزيرة نت، تصفح بتاريخ 20 ماي، 2022، https://bit.ly/3Snur2C.

[3] المرجع نفسه.

والأشهر لأنها تستخدم جهازي "تفاعل تسلسل البلمرة" RT-PCR real-time و Next generation sequencing، إذ تعزل المادة الوراثية للفيروس للتعرف على القواعد النيتروجينية، أيضا يستخدم جهاز RT-PCR لاستخلاص أو فصل الحمض النووي الفيروسي RNA[1].

الفرع الثالث: إجراءات وتدابير مواجهة كوفيد-19

أولا: توصيات منظمة الصحة العالمية:

في ظل غياب علاج لفيروس "كوفيد–19" وضعت منظمة الصحة العالمية مجموعة من الإجراءات والتدابير بهدف كبح تفشي الفيروس على المستويين الدولي والوطني، داعية مختلف دول العالم لتطبيقها.

أ. **المستوى الدولي:** تتمثل في[2]:

- حشد جميع القطاعات والمجتمعات لضمان تحمل كل قطاع من القطاعات الحكومية والمجتمعية مسؤوليته وأن يشارك في الاستجابة وتقليل عدد الحالات من خلال اتباع ممارسات نظافة اليدين وآداب العطس والسعال والتباعد الجسدي بين الأفراد؛
- السيطرة على الحالات الفردية المتفرقة والمجموعات والحد من انتقال العدوى على مستوى المجتمع عن طريق الكشف السريع عن كل الحالات وعزلها، وتوفير الرعاية الملائمة لها، وتتبع جميع المخالطين وحجرهم صحيا وتقديم الدعم لهم؛
- كبح الانتقال المجتمعي للعدوى من خلال وضع تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها بشكل مخصص لكل سياق، وتدابير التباعد الجسدي بين الأفراد، وفرض القيود الملائمة والمتناسبة على السفر المحلي والدولي غير الأساسي؛
- خفض معدل الوفيات من خلال توفير الرعاية السريرية الملائمة للمصابين بفيروس كوفيد–19، من خلال ضمان استمرارية توفير الخدمات الصحية والاجتماعية

[1] علي البصير، مقالة استعراضية: حول فيروس كورونا، 123.

[2] منظمة الصحة العالمية، *استراتيجية كوفيد–19 المحدثة*، (14 أفريل 2020)، https://bit.ly/3bLRVOr، 05.

الضرورية وحماية العاملين على الخطوط الأمامية والفئات السكانية الأكثر عرضة للمرض؛

- تطوير لقاحات وطرق عالج آمنة وفعالة يمكن توفيرها على نطاق واسع ويسهل الوصول إليها وفقا للحاجة.

ب. المستوى الوطني: نجملها في مايلي[1]:

- **التنسيق والتخطيط:** من خلال وضع خطة للتأهب والاستجابة بمشاركة المجتمع ككل، مع تفعيل خلية التنسيق الوطني متعددة التخصصات أو هيكل إدارة الأزمات؛
- **مشاركة المجتمعات وحشدها للحد من التعرض للفيروس:** لكبح انتشار الفيروس لابد من جميع أفراد المجتمع تبني تدابير الوقاية المتمثلة في: غسل اليدين، عدم لمس الوجه، التحلي بآداب العطس والسعال، التباعد الجسدي بين الأفراد، الامتثال لقيود حرية التنقل، وعلى الحكومات استغلال وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي لشرح أهمية هذه التدابير؛
- **الكشف عن الحالات واختبارها وعزلها والاعتناء بها والحجر الصحي للمخالطين للسيطرة على انتقال العدوى:** يتطلب وقف انتشار الفيروس الكشف المبكر عن حالات الإصابة وتحديد المخالطين، ومن ثم عزلهم ومراقبتهم طيلة مدة حضانة الفيروس المقدرة بـ 15 يوم، فلا يتحقق ذلك إلا بالتحول نحو نظام للرصد النشط والسريع، من خلال تكثيف نقاط المراقبة في معابر الدخول، مع تمكين السكان من التبليغ في حال الاشتباه بإصابتهم، إذ يجب على الحكومات تكثيف جهودها في الرفع من عدد تحاليل الكشف عن الفيروس؛
- **تقديم الرعاية السريرية واستمرار الخدمات الصحية الأساسية لخفض معدل الوفيات:** فيروس "كوفيد-19" قادر على التسبب في انهيار النظم الصحية، بسبب تدفق المرضى لحاجتهم للمساعدة الطبية خصوصا التزود بالأوكسجين، دون أن ننسى الإجهاد الذي تتعرض له الطواقم الطبية، وهو ما يرفع من عدد الوفيات، لهذا وجب رفع قدرات الاستجابة عن طريق التخطيط الاستراتيجي، ولاشك بأن

[1] منظمة الصحة العالمية، استراتيجية كوفيد-19، 05.

الحكومات ستضطر لاتخاذ قرارات صعبة نتيجة للوضع العام، لكن يبقى الهدف منع انهيار النظام الصحي مع توفير الخدمات الصحية الروتينية؛

- **تكييف استراتيجيات بناء المخاطر والقدرات وقابلية التأثر:** تختلف قدرات البلدان في الاستجابة من حشد واشراك المجتمعات واكتشاف الحالات وعزلها، إضافة إلى توفير الرعاية الصحية للمرضى مع توفير الخدمات الصحية الأساسية، إذ يجب على جميع الدول اتخاذ تدابير شاملة للحفاظ على حالة مستقرة ومستدامة، وفي حال انتشار الفيروس يجب اتخاذ تدابير استثنائية لمنع انتشار الفيروس؛
- **منع الانتقال المجتمعي:** في البلدان والأقاليم دون الوطنية يمكن أن تشهد حالات تفشي انفجارية، ففي حال كانت معرضة لهذه الحالات يجب فرض تدابير الوقاية ومنع التنقل للسكان، بهدف العودة للحالة المستقرة من انخفاض للإصابات والوفيات.

إضافة لما سبق فقد أضافت منظمة الصحة العالمية بتاريخ 07 أفريل 2020 تدبير جديد متعلق بالكمامات، إذ نشرت دليل إرشادي حول الطرق الصحيحة لارتداء الكمامات، مع التوصية بضرورة توفيرها لجميع السكان[1].

ثانيا: الحجر الصحي كآلية لمواجهة "كوفيد-19":

"الحجر الصحي هو أحد أقدم الطرق للسيطرة على تفشي الأمراض المعدية، وأكثرها فاعلية وخوفا وسوءا للفهم، يمكن إرجاع جذورها إلى ممارسات الصحة العامة في القرن الرابع عشر، إذ يطلب من السفن التي تصل إلى البندقية المصابة بالطاعون أن تبقى في الميناء لمدة 40 يوما [...] قبل إنزال ركابها الناجين"[2]، كما تعد البندقية السباقة في تأسيس أول محجر صحي سنة 1432 على أحد الجزر القريبة منها، وهو ما تم تبنيه لاحقا من مختلف الدول للسيطرة على الأوبئة والطواعين[3].

[1] التسلسل الزمني لاستجابة منظمة الصحة العالمية لجائحة كوفيد-19، منظمة الصحة العالمية.

[2] Martin Cetron and Julius Landwirth, “Public Health and Ethical Considerations in Planning for Quarantine”, *Yale Journal of Biology and Medicine*, no.78, (2005): 325-326.

[3] محمد عبد الرحيم مرتضى عبد الرحيم، "أحكام الحجر الصحي زمن الأوبئة"، *مجلة كلية الدراسات الإسلامية والعربية للبنات بسوهاج* 26، ع.01، (2020): 982.

كما نجد في التاريخ الإسلامي تأسيسا للحجر الصحي، حيث ورد في حديث للنبي محمد صلى الله عليه وسلم: "إذَا سَمِعْتُمْ به بأَرْضٍ فلا تَقْدَمُوا عليه، وإذَا وقَعَ بأَرْضٍ وأَنْتُمْ بهَا فلا تَخْرُجُوا فِرَارًا منه"، وفي ذلك تحذير واضح من النبي صلى الله عليه وسلم من دخول أو الخروج من البلدة المصابة بالطاعون، كما عرف المسلمون حجر الحيوانات، فقد أمر النبي صلى الله عليه وسلم ألا يأتي صاحب الحيوانات المريضة بحيواناته؛ لترعى مع الحيوانات السليمة[1].

تعتبر منظمة الصحة العالمية الحجر الصحي على أنه تقييد لأنشطة الأشخاص غير المرضى، يرجح أنهم تعرضوا لعامل ممرض أو لمرض، أو عزلهم عن الآخرين، بهدف رصد الأعراض واكتشاف الحالات مبكرا، ويختلف الحجر الصحي عن العزل الذي يتمثل في فصل المصابين بالمرض أو العدوى عن الآخرين للوقاية من تفشـي العدوى أو عدوى المرض أو التلوث[2].

> "يقصد بالحجر الصحي إبعاد وعزل الأشخاص الذين خالطوا المصابين بالأمراض أو يحتمل إصابتهم بالمرض، فقد يكون الشخص السليم حاملا لفيروس أو مسببا للمرض لكن لا تظهر عليه العلامات والأعراض لكن بعد فترة يبدأ التأثير بالظهور ويكون بذلك قد ساهم في نقل المسبب للكثير من الأشخاص، ويتم خلال الحجر الصحي تقديم مجموعة من الإجراءات الطبية لوقف انتشار العدوى بين الناس بمرض ما، فالحجر الصحي يقصد به منع اختلاط مرضى الأمراض المعدية بجمهور الأصحاء، يطبق مفهوم الحجر الصحي على نطاق واسع قد يبدأ بإلزام الأفراد المصابين والمشتبه بإصابتهم بعدوى مرضية بالبقاء في منازلهم أو قد يتم على مستوى إقليمي كحجر مناطق معينة وعدم مغادرتها تجنبا لانتشار العدوى بشكل أكبر"[3].

"ويختلف العزل الصحي عن الحجر الصحي في كون العزل الصحي يكون للأشخاص المصابين فعلا بالمرض وقد ظهرت عليهم الأعراض والعلامات، لوقف انتشار

[1] مرتضى عبد الرحيم، "أحكام الحجر الصحي،"، 982.

[2] منظمة الصحة العالمية، *الاعتبارات المتعلقة بالحجر الصحي للأفراد في سياق احتواء مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)*، (29 فيفري 2020)، https://bit.ly/3zEPYLC، 01.

[3] المختار العيادي، "الحجر الصحي للمصابين بأمراض معدية في سياق مكافحة جائحة كورنا المستجد"، *مجلة الباحث للدراسات والأبحاث القانونية والقضائية*، ع.18، (2020): 38.

المسبب، وقد يتلقون العلاج والرعاية الخاصة في منازلهم أو المستشفيات أو منشآت خاصة، ويطلق على المكان الذي يتم فيه عزل الأشخاص أو الأماكن أو الحيوانات التي تحمل خطر العدوى بالمحجر الصحي، فالعزل الصحي يطبق على مجموعة تضم عدد أقل من الأفراد المصابين فقط"[1].

"وتجدر الإشارة أنه وفي كلتا الحالتين (الحجر الصحي والعزل الصحي) يخضع المرضى للمراقبة والعناية الصحية من قبل فريق طبي متخصص بعلاج الأوبئة والسيطرة عليها، ويتم العزل والحجر الصحي في أغلب الحالات طواعية بشكل كامل وبالتشارك والتعاون بين المريض ومقدمي الخدمة من الأخصائيين والممرضين والأطباء، لكن في الحالات التي يرفض المريض الاستجابة للحجر فإن للسلطات الحق في وضعه جَبراً للمحافظة على سلامة الآخرين من إصابتهم بالعدوى"[2].

يرافق تطبيق الحجر الصحي تنفيذ مجموعة من الإجراءات، نذكر منها[3]:

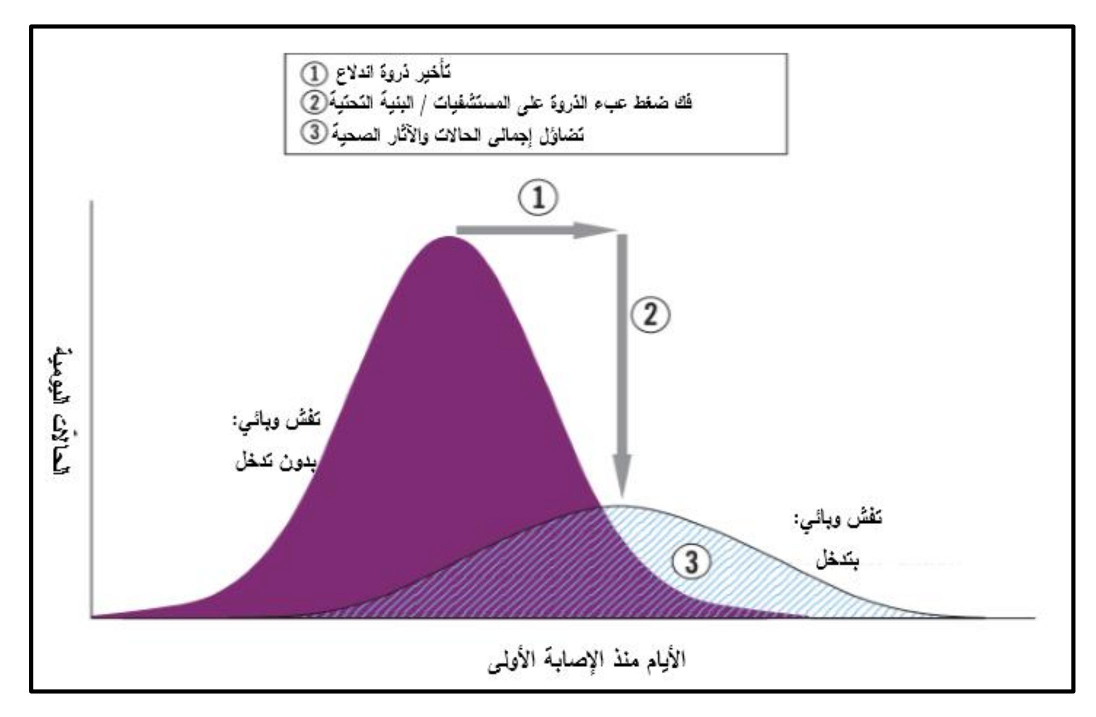
- حجر صحي لمجموعات من الأشخاص تعرضوا لنفس مصدر المرض والعدوى؛
- حجر صحي للمجتمع من خلال غلق حدود المجتمع وإقامة حواجز على طول المنطقة الجغرافية التي ينتشر فيها وباء ما، وتطبيق إجراءات التباعد؛
- الحجر الصحي على الأفراد من خلال تشجيع أو فرض بقائهم في المنازل، إضافة إلى الإغلاق التام، كغلق المدارس وأماكن التجمعات وخفض أو وقف حركة النقل.

الفرع الرابع: تسطيح منحنى كوفيد-19

تهدف إجراءات وتدابير مواجهة كوفيد-19 "لتسطيح المنحنى"، فقد تم تداول هذا المصطلح على نطاق واسع منذ نهاية شهر فيفري 2020، في ظل غياب بوادر اكتشاف دواء أول لقاح، فماذا يعني هذا المصطلح؟.

[1] العيادي، "الحجر الصحي للمصابين بأمراض معدية،"، 38.
[2] المرجع نفسه.
[3] Cetron and Landwirth, “Public Health,”, 326.

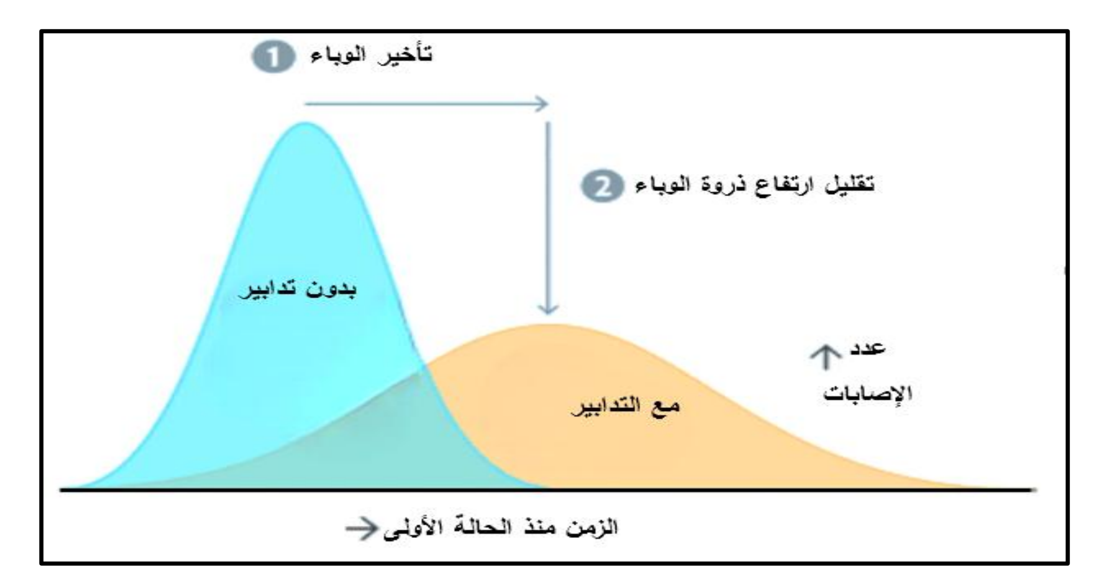
شكل رقم34: تسطيح منحنى الأوبئة حسب المركز الأمريكي للسيطرة على الأمراض والوقاية منها



Source: Centers for Disease Control and Prevention, *nterim Pre-pandemic Planning Guidance: Community Strategy for Pandemic Influenza Mitigation in the United States*, CS108488, (February 2007), 18.

يعود ظهور مصطلح "تسطيح المنحنى" لسنة 2007، حيث أصدر المركز الأمريكي للسيطرة على الأمراض والوقاية منها تقريرا بعنوان: "إرشادات التخطيط المؤقت لمرحلة ما قبل الجائحة: استراتيجية المجتمع للتخفيف من حدة الإنفلونزا الوبائية في الولايات المتحدة"، فقد أوضح بأن السيطرة على انتشار الوباء يتم من خلال مجموعة من الإجراءات، مثل: التباعد الاجتماعي وارتداء الأقنعة، وهو ما يؤدي لخفض عدد الإصابات والوفيات بما يسمح بتأخير ذروة الوباء وفك الضغط عن المؤسسات الصحية.

شكل رقم 35: تسطيح منحنى كوفيد–19 حسب مجلة The Economist



Source: "Covid-19 is now in 50 countries, and things will get worse but there are proven ways to limit the damage", The Economist, accessed in 10 August, 2022, https://econ.st/3SOpdNu.

مع نهاية شهر فيفري 2020 نشرت مجلة The Economist مقالا مطولا بعنوان: "كوفيد–19 منتشر الآن في 50 دولة، وستزداد الأمور سوءًا، ولكن هناك طرق مثبتة للحد من الضرر"، أعاد أصحاب المقال الاستعانة بالمنحنى الذي ورد في تقرير المركز الأمريكي للسيطرة على الأمراض والوقاية، ولكن يهدف الشكل المعدل هذه المرة "لتسطيح منحنى كوفيد–19".

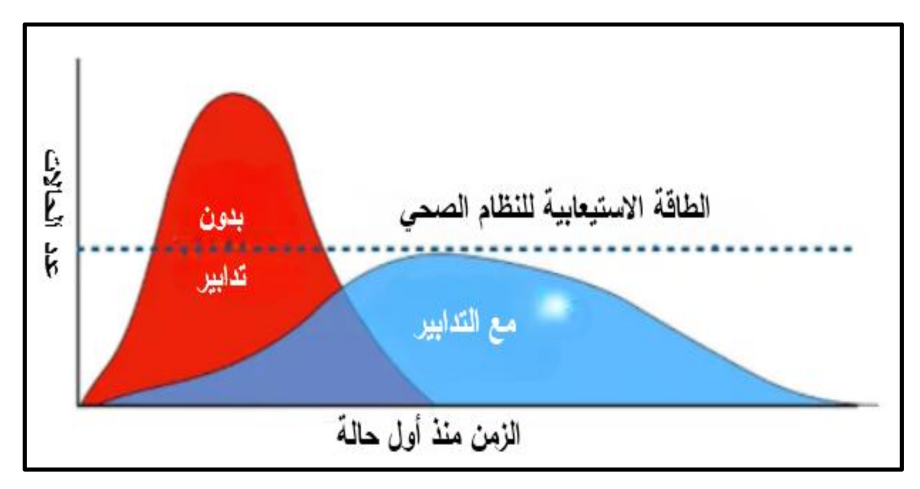
"لتسطيح المنحنى يجب أن نبطئ الانتشار، فيبدو أن الفيروس ينتقل بشكل أساسي من خلال الرذاذ المملوء بالفيروس الذي يصيب الأشخاص الذين يسعلون أو يعطسون في الهواء، ما يعني أنه يمكن الحد من انتقال العدوى من خلال الحواجز المادية والنظافة الجيدة وتقليل الأشكال المختلفة للاختلاط، وهي استراتيجية تُعرف باسم التباعد الاجتماعي"[1].

"تسطيح المنحنى له فائدتان؛ فأولا يسهل على أنظمة الرعاية الصحية التعامل مع المرض إذا لم يطلب جميع المصابين العلاج في نفس الوقت، فالعلاج الأفضل يعني وفيات

[1] Covid-19 is now in 50 countries, The Economist.

أقل، مع المزيد من الوقت يسمح بتحسين العلاج. أما ثانيا يمكن أن يكون العدد الإجمالي للعدوى طوال فترة الوباء أقل"[1].

شكل رقم 36: تسطيح منحنى كوفيد–19 حسب " درو هاريس" Drew Harris



Source: "Flattening the Coronavirus Curve", The New York Times, accessed in 10 August, 2022, https://nyti.ms/3AhYY9Y.

قام هاريس محلل صحة السكان بجامعة "توماس جيفرسون" بفيلادلفيا، بتعديل منحنى The Economist ونشره عبر صفحته "بتويتر"، بإضافة خط متقطع يعبر عن الطاقة الاستيعابية للنظام الصحي، فهدف التدابير عدم تجاوز عدد المصابين قدرات النظام الصحية لتجنب انهياره، عبر إبطاء انتشار فيروس "كوفيد–19"، مما يمنح الأطباء والمستشفيات والشرطة والمدارس ومصنعي اللقاحات الوقت للاستعداد والاستجابة[2].

الفرع الخامس: لقاح كوفيد-19

بعد انتشار فيروس "كوفيد–19" في العالم، انطلق سباق بين كُبريات الشركات والمخابر المنتجة للأدوية لإيجاد لقاح ضد الفيروس، "وفي 31 ديسمبر 2020، اعتمدت منظمة الصحة العالمية لقاح Pfizer / BioNTech mRNA (BNT162b2) للاستخدام الطارئ، مما يجعله أول لقاح يتلقى المصادقة الطارئة من طرف منظمة الصحة العالمية منذ بدء تفشي المرض منذ عام"[3].

---

[1] Covid-19 is now in 50 countries, The Economist.

[2] Flattening the Coronavirus Curve, The New York Times.

[3] "ما يلزمك معرفته بشأن لقاحات كوفيد–19"، اليونسيف، تصفح بتاريخ 10 أوت، 2022، https://uni.cf/3AKkIfZ.

جدول رقم 07: لقاحات فيروس "كوفيد-19"

اسم اللقاح	المؤسسة المصنعة	البلد	سعر الجرعة الواحدة بالدولار	تاريخ الاعتماد
Pfizer/BioNTech Comirnaty31	فايزر – بيونتيك	الولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا	20	2020/12/01
AstraZeneca/AZD /Oxford	أسترازينيكا	بريطانيا	04	2021/02/16
Janssen / Ad26. COV2.S	جونسون آند جونسون	الولايات المتحدة الأمريكية	10	2021/03/12
(mRNA 1273) 19	مودرنا	الولايات المتحدة الأمريكية	33	2021/04/30
BBIBP-CorV	سينوفارم	الصين	يقدر ما بين 30 و75	2021/05/07
Sinovac - CoronaVac	سينوفاك	الصين	30	2021/06/01
BBV152 COVAXIN	بهارات بيوتك	الهند	08	2021/11/03
Gam-COVID-Vac Sputnik V	معهد جماليا	روسيا	10	غير معتمد

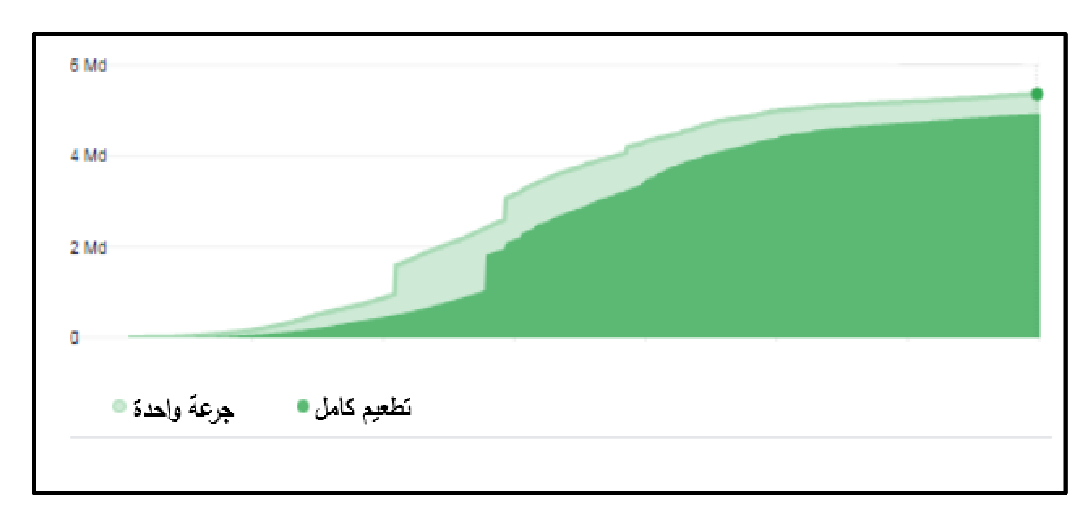
المصدر:

- "مرض فيروس كورونا (كوفيد-19): اللقاحات"، منظمة الصحة العالمية، تصفح بتاريخ 10 أوت، 2022، https://bit.ly/3CGFA9s.
- "تعرف على أسعار لقاحات كورونا لأقرب 6 منتجين"، العربية نت، تصفح بتاريخ 10 أوت، 2022، https://bit.ly/3Q4fWhz.
- "رغم ارتفاع الإصابات.. سعر صادم للقاح من شركة هندية!"، العربية نت، تصفح بتاريخ 10 أوت، 2022، https://bit.ly/3pUvcmB.

الملاحظ في الجدول نجاح الولايات المتحدة الأمريكية في تطوير ثلاثة لقاحات أحدها بالشراكة مع ألمانيا، بينما طورت الصين لقاحين، أما بريطانيا وروسيا والهند فقد طورت لقاح واحد، لقد شكل تطوير كل من الصين وروسيا والهند للقاح مفاجئة في ظل فشل شركات

أدوية عالمية في تطوير لقاح ضد فيروس "كوفيد–19"، وهو ما يؤشر لسعي "القوى الصاعدة"* الجديدة لإنهاء احتكار الشركات الغربية العملاقة لسوق الأدوية، فقد باشرت روسيا عملية التلقيح والبيع دون انتظار اعتماد منظمة الصحة العالمية، فروسيا أول دولة في العالم تعلن تطوير واعتماد لقاح مضاد للفيروس.

شكل رقم 37: تطور عدد الملقحين ضد فيروس "كوفيد–19" حول العالم حتى بداية سبتمبر 2022 (الوحدة بالمليار)

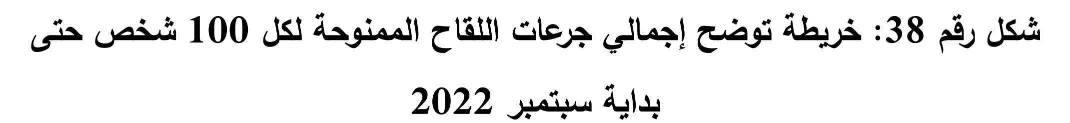


المصدر: "التلقيح"، احصائيات مؤسسة غوغل، نقلا عن بيانات البنك الدولي، تصفح بتاريخ 06 سبتمبر، 2022، https://bit.ly/3BhI4d5.

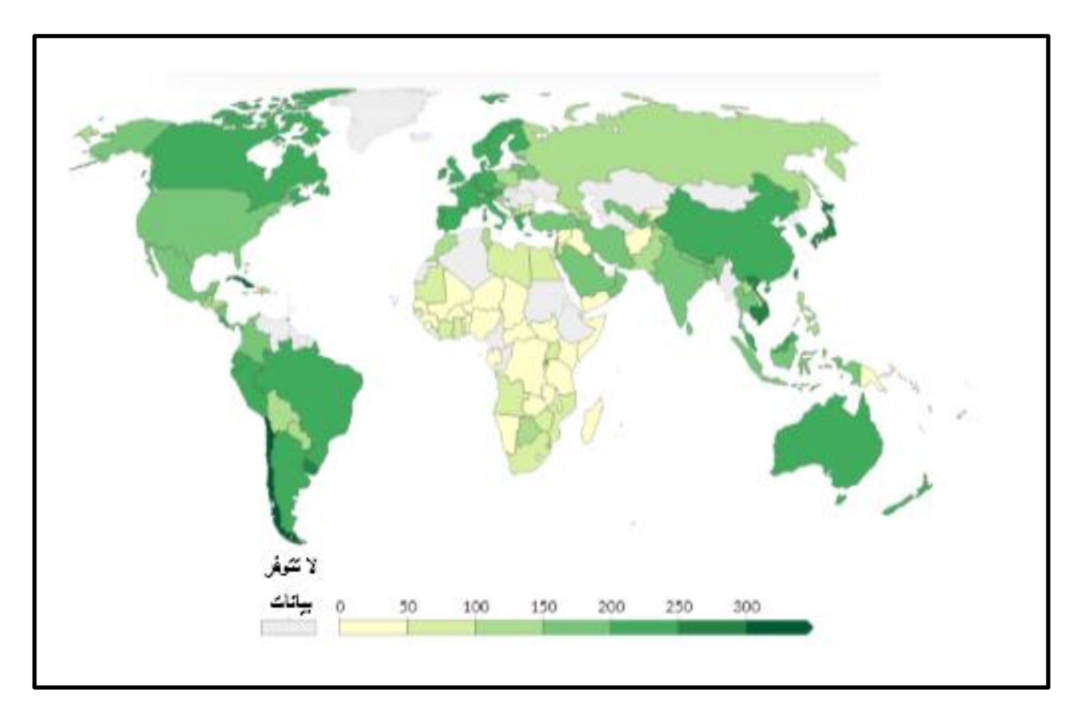
وفق بيانات البنك الدولي حتى بداية سبتمبر 2022، فقد تلقى 67,7% من سكان العالم جرعة واحدة على الأقل من لقاح "كوفيد–19"، حيث تم إعطاء 12,61 مليار جرعة على مستوى العالم، ويتم الآن إعطاء 4.85 مليون جرعة كل يوم، كما تلقى 21% فقط من الأشخاص في البلدان منخفضة الدخل جرعة واحدة على الأقل[1]. تؤكد هذه البيانات عدم بلوغ نسبة 95% المطلوبة لتحقيق المناعة الجماعية ضد الفيروس، وذلك منذ بداية التطعيم أواخر سنة 2021.

* صعود وأفول القوى ظاهرة مميزة للعلاقات الدولية، ويشهد النظام الدولي حاليا عودة روسيا وصعود قوى جديدة مثل: الصين، الهند...الخ، منافسة للهيمنة الأمريكية. لمزيد من التفاصيل، أنظر: منير مباركية، *"صعود القوى العالمية في ظل الهيمنة الأمريكية –دراسة لحالات: اليابان والصين والهند–"*، (أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة 01، 2016).

[1] "Coronavirus (COVID-19) Vaccinations", Our World in Data, accessed in 06 September, 2022, https://bit.ly/3eqOgqm.



شكل رقم 38: خريطة توضح إجمالي جرعات اللقاح الممنوحة لكل 100 شخص حتى بداية سبتمبر 2022



Source: “Coronavirus (COVID-19) Vaccinations”, Our World in Data, accessed in 06 September, 2022, https://bit.ly/3eqOgqm.

توضح الخريطة بوضوح عدم حصول الدول الفقيرة بإفريقيا وآسيا على اللقاحات، والتي تعتمد هذه الأخيرة على التبرعات التي يقدمها المانحين للقاح، تجدر الإشارة بأن الدول المحتكرة للقاح انكفئت على نفسها عند بداية التلقيح، فالأولوية لمواطنيها حصرا، فالرئيس الأمريكي السابق "دونالد ترامب" Donald Trump كان صريحا باعتبار الأولوية للمواطنين الأمريكيين في التلقيح، وهو ما أزعج الاتحاد الأوربي باعتبارهم حلفاء للولايات المتحدة الأمريكية، فقد كان التعويل سابقا على شركة سانوفي الفرنسية لكنها فشلت في تطوير لقاح.

أمام هذه الوضعية تم الإعلان عن "مبادرة لضمان الوصول العالمي المنصف للقاحات كوفيد–19"، وتعرف اختصارا بـ"كوفاكس" COVAX، تضم كل من: التحالف العالمي للقاحات والتحصين، تحالف ابتكارات التأهب الوبائي، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية[1].

[1] Matthew Sparke and Orly Levy, “Competing Responses to Global Inequalities in Access to COVID Vaccines: Vaccine Diplomacy and Vaccine Charity Versus Vaccine Liberty”, *Clinical Infectious Diseases* 75, no.01, (2022): 89.

قدرت منظمة الصحة العالمية حاجة العالم لـ 11 مليار جرعة لقاح، وتهدف المبادرة لتوفير 02 مليار جرعة، حتى شهر جوان 2021 لم تحصل المبادرة إلا على 89 مليون جرعة من اللقاحات، بحلول فيفري 2022 بلغ عدد جرعات المبادرة 1,25 مليار، كان من الواضح عدم قدرة المبادرة على الوفاء بتعهداتها، وهو ما جعل القارة الإفريقية الأقل توفيرا للقاحات في العالم، إنه "الفصل العنصري المستمر للقاح"[1].

الفرع السادس: تداعيات جائحة فيروس "كوفيد-19"

أولا: التداعيات السياسة:

تسببت الجائحة في إعاقة أو تعطيل العديد من المظاهر الديمقراطية، كتأجيل المواعيد الانتخابية، وتعليق أو تقييد الأنشطة السياسية، وحظر التجول والتجمعات، كما فرضت الجائحة اتخاذ تدابير والقرارات الاستثنائية المقيدة للحريات، أيضا أدت الجائحة لتزايد حالات عدم الاستقرار السياسي والتذمر الشعبي، مع ارتفاع حدة الانتقادات للأداء الحكومي في كثير من الدول في ظل ضعف الاستجابة[2].

ألقت الجائحة بظلالها على النظام الدولي، فقد مثلت الجائحة فرصة لكل من روسيا والصين للدفع نحو تأسيس عالم متعدد الأقطاب، في ظل انكفاء الولايات المتحدة الأمريكية خلال الجائحة، وهو ما أفقد الشركاء الأوربيين الثقة في الولايات المتحدة، على النقيض من ذلك قدمت الصين وروسيا مساعدات للدول الأوربية، فالصين مثلا تبرعت للاتحاد الأوربي بـ 02 مليون كمامة وخمسون ألف جهاز فحص[3]، كما قوت الجائحة الدولة القومية والعزلة الاستراتيجية والانكفاء القومي مع تراجع حالة الاعتماد المتبادل، أيضا تصاعد الأصوات

[1] Sparke and Levy, "Competing Responses to Global Inequalities in Access to COVID Vaccin,", 89.

[2] ممدوح منصور، "الآثار السياسية لجائحة كورونا"، في: *مستقبل العلوم السياسية في إطار جائحة كورونا*، تح. محمود عزت (الإسكندرية: مكتبة الإسكندرية، 2020)، 26–27.

[3] مركز البحرين للدراسات الدولية والطاقة، *أزمة كورونا: التداعيات والآليات التي انتهجتها الدول لإدارة الأزمة*، أشرف كشك، (البحرين، 2020). 06.

المشككة في أداء منظمات العمل الجماعي الدولية خصوصا منظمة الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية[1].

السباق والتنافس نحو تطوير اللقاح تحول لهدف استراتيجي لعديد الدول، "هذا التنافس العلمي بين القوى العالمية في حقيقته تنافس استراتيجي وجيوسياسي، حيث إن الحرب ضد الجائحة هي حرب ضد الانكماش الاقتصادي، وضد إمكانية تقلص النفوذ الدولي، خصوصا في مواجهة "القوة الناعمة" الصينية التي ترسخ المزيد من شبكتها الأخطبوطية عبر العالم، وهذه المرة في مجال كانت الريادة فيه للغرب من دون منازع، وهو التفوق الطبي"[2].

ظهر ما يسمى "بدبلوماسية اللقاح" المرتبطة بالسعي لتحقيق مجموعة من المكاسب، "فبكين وموسكو تسعيان إلى ترسيخ مكانتهما كموردين للقاحات، فضلا عن تعزيز حضورهما العالمي، وتوثيق علاقاتهما الثنائية مع العديد من البلدان الناشئة التي تشهد تراجعا للنفوذ الغربي، [...] بكين تحاول استعادة سمعتها العالمية التي تعرضت لضربة موجعة خلال المراحل الأولى من انتشار الوباء"[3]، كما تسعى الصين أيضا لتعزيز "مبادرة الحزام والطريق*" من خلال "طريق الحرير الصحي"[4].

"أما الولايات المتحدة الأمريكية فتركز على دول الجوار الجغرافي، في أمريكا اللاتينية وتحديدا دول المثلث الشمالي السلفادور وهندوراس وجواتيمالا، التي تمثل مصدرا رئيسيا للمهاجرين غير الشرعيين إلى الولايات المتحدة، وكذلك بعض الدول الحليفة لها في آسيا،

---

[1] غيث طلال فايز المجالي، "التداعيات السياسية والاقتصادية لجائحة فيروس كورونا المستجد على النظام السياسي والاقتصادي الدولي"، *دفاتر السياسة والقانون* 13، ع.01، (2021): 08-09.

[2] عمر المرابط، " لقاح كورونا والصراع الجيوسياسي العالمي"، العربي الجديد، تصفح بتاريخ 11 أوت، 2022، https://bit.ly/3RHO2Jy.

[3] "تحليل: توظيف "دبلوماسية اللقاح" يدعم النفوذ العالمي لروسيا والصين"، مركز المستقبل للأبحاث والدراسات المتقدمة، تصفح بتاريخ 11 أوت، 2022، https://bit.ly/3Bj8nQ1.

* مبادرة صينية أطلقت سنة 2013 لربط مختلف القارات والدول بالاقتصاد الصيني، تهدف لتعزيز وتقوية المكانة الدولية للصين كقوة صاعدة. لمزيد من التفاصيل: شريفة كلاع، "مبادرة الحزام والطريق الصينية: الدوافع، الامتداد والتحديات"، *مجلة أبحاث* 06، ع.02، (2021).

[4] Sparke and Levy, “Competing Responses to Global Inequalities in Access to COVID Vaccin,”, 89.

بالإضافة إلى الدول الأكثر تعرضا للضغوط الروسية في أوروبا الشرقية، وتحديدا أوكرانيا، وبدرجة أقل البلدان الأفريقية"[1]، علاوة على الحلفاء الأوربيين.

ثانيا: التداعيات الاقتصادية:

"حسب آخر تحديثات لتوقعات صندوق النقد الدولي حول نمو الاقتصاد العالمي، وفقا لتقرير آفاق الاقتصاد العالمي الصادر في أفريل من عام 2021، ينتظر نمو الاقتصاد العالمي بحوالي 6% في عام 2021، فيما يتوقع تراجع هذا المعدل إلى 4,4% عام 2022"[2].

"تشير التقديرات إلى أن الجائحة أدت إلى وقوع ما يقرب من 95 مليون شخص إضافي تحت خط الفقر المدقع عام 2020"[3]، "لقد أثرت الإغلاقات العامة الناجمة عن الجائحة تأثيرا شديدا على منشآت الأعمال والوظائف، وفى شتى أنحاء العالم، تتعرض الشركات لاسيما المنشآت متناهية الصغر والصغيرة والمتوسطة في بلدان العالم النامية لضغوط شديدة، إذ إن أكثر من نصفها لم تسدد ما عليها من متأخرات مستحقة الدفع أو من المرجح أن تتخلف قريبا عن السداد"[4]، كما انخفضت مبيعات الشركات للنصف، الأمر الذي أدى إلى تقليص الأجور وساعات العمل[5].

"تظل هناك قطاعات هي الأكثر تضررا، هي السياحة والطيران، والبيع بالتجزئة والمطاعم والمواصلات"[6]، إن الجائحة أدت لتباطئ الطلب العالمي مما يؤثر على القطاع العائلي وقطاع الأعمال[7].

[1] صدفة محمد محمود، "توظيف القوى الكبرى دبلوماسية اللقاح.. الدوافع وحدود الفاعلية"، تريندز للبحوث والاستشارات، تصفح بتاريخ 11 أوت، 2022، https://bit.ly/3etrVbo.

[2] إبتسام سلاطنية وشريف غياط، "الآثار الاقتصادية والاجتماعية لجائحة كورونا (كوفيد-19 المستجد) محليا، عربيا وعالميا"، مجلة المنهل الاقتصادي 05، ع.01، (2022): 97.

[3] المرجع نفسه.

[4] "استعراض حصاد عام 2020: تأثير فيروس كورونا المستجد في 12 شكلا بيانيا"، البنك الدولي، تصفح بتاريخ 11 أوت، 2022، https://bit.ly/3QIQJzr.

[5] المرجع نفسه.

[6] مركز البحرين للدراسات الدولية والطاقة، أزمة كورونا: التداعيات والآليات، 10.

[7] سلاطنية وغياط، "التداعيات السياسية والاقتصادية لجائحة فيروس كورونا،"، 99.

ثالثا: التداعيات الاجتماعية والنفسية:

أصبح المجتمع البشري يشهد حالة من القلق المعنوي والرعب، والتسابق نحو تخزين السلع وتوفير مستلزمات الوقاية بالرغم من ارتفاع الأسعار، مما انعكس على القيم الاجتماعية فازدادت الخلافات الأسرية ونسب الطلاق، وعلى النقيض من ذلك كان الحجر الصحي فرصة لتوطيد العلاقات الأسرية، وممارسة بعض الهوايات التي منعهم العمل من التفرغ لها[1].

"كما ستزداد خدمات التوصيل عبر الإنترنت حيث سيتجنب الناس الذهاب إلى المناطق المزدحمة في أعقاب الجائحة، وستكون القيم الاجتماعية المستعملة لإظهار التقارب عن طريق الحركات والمصافحة والتواصل الجسدي محدودة حيث سيكون الناس مترددين خوفا من الإصابة بالفيروس، فضلا عن ارتداء الكمامات في الأماكن العامة بشكل منتظم، وستشكل ذروة هذه الأمور ما نوقش على نطاق واسع على أنه "الوضع الطبيعي الجديد"[2].

سببت الجائحة إجهاد نفسي للكثرين نتيجة للخوف والرعب من الإصابة بالفيروس، خصوصا خلال الفترة التي سبقت التوصل للقاحات المضادة للفيروس، كما أدت الجائحة لارتفاع المصابين بالاكتئاب والقلق خصوصا الذين يعيشون بعيدا عن أسرهم وأحبائهم في إطار الدراسة أو العمل[3].

الفرع السابع: **استراتيجيات ونماذج رائدة في إدارة أزمة "كوفيد-19"**

فرضت الجائحة على مختلف دول العالم وضع استثنائي، مما دفعها لتطبيق إجراءات وتدابير المواجهة وفق استراتيجيات معينة، بهدف السيطرة على الجائحة وتسطيح المنحنى، تنقسم هذه الاستراتيجيات لأربعة نماذج ناجحة، هي:

---

[1] علي السعدي عبد الزهرة جبير، "الآثار الاجتماعية لجائحة كورونا"، *مجلة الحقوق والعلوم السياسية* 08، ع.01، (2021): 42-43.

[2] منظمة التعاون الإسلامي، مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية، *الآثار الاجتماعية والاقتصادية لجائحة كوفيد-19 في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي: الآفاق والتحديات*، مزهر حسين وآخرون، (أنقرة، 2020)، 45.

[3] عبد الزهرة جبير، "الآثار الاجتماعية،"، 41.

أولا: الاستراتيجية الاستباقية:

نجحت نيوزلندا في تطبيق هذه الاستراتيجية، فقد سارعت لإغلاق حدودها قبل أن تسجل أية حالة لمنع انتقال الفيروس إليها، ومنع دخول الأجانب لأراضيها، بينما فرضت على مواطنيها العائدين حجرا صحيا لأسبوعين، ورغم ذلك سجلت حالات إصابة قليلة أعلنت على إثره الحكومة حالة الطوارئ بغلق جميع الأنشطة التجارية والاقتصادية والتعليمية، مع تطبيق الحجر الصحي وإجراءات التباعد والوقاية على المواطنين[1].

بالتزامن مع هذه الإجراءات تم تكثيف اختبارات الكشف عن الفيروس، فقد انتقلت من 50 ألف اختبار كل يومين إلى مليون اختبار بحلول شهر سبتمبر 2020، تهدف الاختبارات لاكتشاف الأشخاص المصابين وعزلهم، كما استعانت الحكومة بتطبيق الكتروني لمعرفة مواقع المصابين ومخالطيهم[2].

ثانيا: الاستراتيجية المتوازنة:

تقوم هذه الاستراتيجية على الموازنة بين مختلف الإجراءات والتدابير بحسب تطور الوضعية الوبائية، من بين الدول التي اعتمدت هذه الاستراتيجية ألمانيا، فبرغم من انتشار الفيروس إلا أنها تداركت الوضع برفع جهوزية المرافق الصحية لتحسين الاستجابة، مع الرفع المستمر في أعداد اختبارات الكشف عن الفيروس الذي بلغ 150 ألف اختبار كشف يوميا، كما استعانت بالجيش لمساعدة المنظومة الصحية.[3]

تجنبت ألمانيا الإغلاق الشامل طيلة الموجات الوبائية التي عرفتها البلاد، فقد طبقت غلق جزئي من غلق المتاجر وتعطيل الدراسة مع السماح للمواطنين بحرية التنقل داخل

---

[1] نورة الحفيان، "السياسات الدولية وإدارة أزمة كورونا: تجارب وخبرات"، تصفح بتاريخ 12 أوت، 2022، https://bit.ly/3eyuqJG.

[2] المرجع نفسه.

[3] المرجع نفسه.

وخارج البلاد[1]، باستثناء أحد الموجات الوبائية أين أغلقت المعابر الحدودية[2]، كما فرضت الحكومة الألمانية ارتداء الكمامات في مجموعة من الأماكن[3].

ثالثا: استراتيجية التكيف والمواجهة:

تعتبر الصين أفضل من طبقت هذه الاستراتيجية، فهي مهد الفيروس ومنها انتشر إلى جميع أنحاء العالم، سجلت خلال الأشهر الأولى ارتفاعا كبيرا في عدد الإصابات والوفيات، فقد تعاملت بحزم مع انتشار الفيروس، من خلال فرض الحجر الصحي الشامل على أي مدينة أو قرية ينتشر فيها الوباء، كما استفادت من تجاربها السابقة مع الأوبئة.

"تعتبر استجابة الصين السريعة لاحتواء موجات التفشي هي سر نجاحها حتى الآن، ويرجح تحليل البيانات الذي أجراه شي تشين من جامعة ييل وزملاؤه أن الصين تجنبت ما يقدر بأكثر من 1.4 مليون إصابة و56 ألف وفاة نتيجة الإجراءات المفروضة منذ يناير/كانون الثاني الماضي مثل إغلاق مدن بالكامل وقيود السفر المحلية والحجر الصحي الإجباري"[4].

"في بكين التي شهدت تفشيا يرتبط بسوق شينفادي للطعام في يونيو/حزيران، أغلقت الحكومة مقاطعات عدة محيطة بالسوق، وأجرت اختبارات جماعية وعمليات تتبع للمخالطين خلال تلك الفترة، ويقول كولينغ: إن تطبيق مثل هذه الإجراءات القاسية أمر مُكلف للغاية أكثر بكثير من إجراءات الصحة العامة المطبقة في أي مكان آخر من العالم"[5].

وظفت الصين التكنلوجيا ضمن استراتيجيتها "حيث اعتمدت الصين على ربط الروبوتات والطائرات دون طيار وإنترنت الأشياء بالبنية التحتية للجيل الخامس للاتصالات،

---

[1] "ألمانيا تدخل في إغلاق جزئي قبل عيد الميلاد لكبح انتشار كورونا"، فرانس 24، تصفح بتاريخ 12 أوت، 2022، https://bit.ly/3BpojAu.

[2] "فيروس كورونا: ألمانيا تغلق معابرها الحدودية للحد من تفشي السلالات الجديدة وسط انتقادات أوروبية"، فرانس 24، تصفح بتاريخ 12 أوت، 2022، https://bit.ly/3Btaj8X.

[3] "تقرير: الحكومة الألمانية تدرس العودة لفرض ارتداء الكمامات"، DW، تصفح بتاريخ 12 أوت، 2022، https://bit.ly/3qlqkr7.

[4] هدير عبد العظيم، "كيف هزمت الصين كورونا حتى الآن؟.. دروس من بلد التفشي"، الجزيرة نت، تصفح بتاريخ 12 أوت، 2022، https://bit.ly/3TVMmhC.

[5] المرجع نفسه.

وهو ما مكنها إلى حد كبير من الحد من انتشار هذا المرض قدر المستطاع، وتقليل سرعة توسيع دائرته بين الأفراد، وسرعة اكتشاف المرضى المحتملين والجدد، وكذلك تحديد البؤر الجديدة التي يمكن أن يظهر فيها المرض"[1].

رابعا: استراتيجية مناعة القطاع:

"وكانت عدة دول قررت اعتماد استراتيجية مناعة القطيع؛ أي ترك الأمور على حالها كما كانت عليه قبل انتشار الفيروس ليصاب أكبر عدد ممكن من الأشخاص بالعدوى؛ فيتكون لدى أغلبهم مناعة ضد المرض بشكل طبيعي وتلقائي. عندها يمكن بدء دراسة تلك المناعة المتكونة وإنتاج عقاقير مستخلصة منها"[2]، و"رغم خطورة سياسة مناعة القطيع للتعامل مع فيروس (كوفيد–19) الذي أكدت الأبحاث العلمية إلى أن جيناته في حالة تطور مستمر الأمر الذي عرقل العلماء من إيجاد له لقاح محدد، واكتسابه طرق عديدة للانتقال الى جسم المصاب، وأطواره العديدة التي يمر بها في جسم المصاب، يرى الكثير من العلماء خطورة وسرعة انتشاره، الأمر الذي لا ينصح بالتعامل معه وفق سياسة مناعة القطيع"[3].

طبقت كل من بريطانيا والسويد وهولندا هذه الاستراتيجية، لكنها تراجعت بعد أشهر قليلة من اعتماد مناعة القطيع، نتيجة لانتشار الفيروس بشكل كبير والتزايد المستمر في عدد الوفيات، ولجأت هي الأخرى لتطبيق تدابير وإجراءات المواجهة.

الفرع الثامن: جدليات جائحة "كوفيد-19"

أولا: جدل مصدر الفيروس:

أثارت الجائحة مجموعة من الجدليات، بداية من مصدر الفيروس في الصين الذي تحول لجدل سياسي لقرابة عامين، فهل تسرب من مختبر معهد الفيروسات بووهان؟، أم انتقل حقيقة من الحيوان للبشر؟، وقد دعم مسؤولون في إدارة ترمب فرضية التسرب، وهو ما

---

[1] يوسف بيزيد وآسية بلخير، "الصحة الإلكترونية في مواجهة الأوبئة الممتدة (أزمة كورونا نموذجا): محاكاة نماذج رائدة"، *مجلة العلوم القانونية والسياسية* 12، ع.02، (2021): 194.

[2] "هل يمكن تطبيق "مناعة القطيع" بالدول العربية للتصدي لجائحة كورونا؟"، الجزيرة نت، تصفح بتاريخ 14 أوت، 2022، https://bit.ly/3x8s8HC.

[3] أحمد الربيزي، "مناعة القطيع في مواجهة كورونا"، المشهد العربي، تصفح بتاريخ 14 أوت، 2022، https://bit.ly/3BwdoVO.

نفته الصين مرارا متهمة الولايات المتحدة الأمريكية بشن هجوم بيولوجي عليها، وطبعا هناك من ربط بالفيروس بالمؤامرة.

هذا الجدل لا يوجد سند علمي له، فعلى النقيض من ذلك أثبتت دراسات علمية بأن مصدر الفيروس هو سوق الحيوانات بووهان عاصمة مقاطعة هوبي، فقد نُشِر بمجلة Science العريقة دراسة بعنوان: "كان سوق هوانان للمأكولات البحرية بالجملة في ووهان هو المركز الأول للوباء COVID-19"*، أعدها 18 عالم وباحث في مجالات مختلفة، كالطب وعلوم الأوبئة والفيروسات، إذ اعتمدت الدراسة على وضع خرائط لمجموعة من العينات مأخوذة من السوق وتتبعها، حيث تم التأكد بأن أولى الإصابات كانت بالسوق وما حوله.

وكتب أحد مؤلفي الدراسة ""مايكل وروبي" Michael Worobey عالم الفيروسات في جامعة أريزونا الأميركية، رسالة في العام 2021 يدعو فيها الأوساط العلمية إلى النظر بجدية في فرضية تسرب الفيروس من مختبر في ووهان، لكن البيانات التي جرى تحليلها جعلت وروبي يغير رأيه، قائلا: جعلتني أتطور، لدرجة أنني أعتقد اليوم أيضا أنه من غير المعقول ببساطة أن يكون الفيروس قد انتشر بأي طريقة غير تجارة الحيوانات في سوق ووهان"[1].

نشرت أيضا مجلة Science دراسة تدحض فرضية تسرب الفيروس تحت عنوان: "الوبائيات الجزيئية للأصول الحيوانية المنشأ المتعددة لـ SARS-CoV-2"**، فقد قام 29 عالم وباحث بتتبع وتحليل جيني للفيروس، حيث توصل الباحثين بأن السوق هو مصدر الفيروس الذي انتقل من الحيوان إلى الانسان، كما وضع الباحثين احتمال بأن أول إصابة كانت في شهر نوفمبر 2019.

---

* للاطلاع على الدراسة، يُنظر:

Andrew Rambaut and others, “The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic”, *Science* 377, no.6609, (2022).

[1] "دراستان تحسمان جدل منشأ جائحة كورونا.. المكان والزمان"، العين الإخبارية، تصفح بتاريخ 15 أوت، 2022، https://bit.ly/3L67y0r.

** للاطلاع على الدراسة، يُنظر:

Andrew Magee and others, “The molecular epidemiology of multiple zoonotic origins of SARS-CoV-2”, ”, *Science* 377, no.6609, (2022).

ثانيا: جدل فاعلية الحجر الصحي وإجراءات وتدابير المواجهة:

أثار الحجر الصحي ومختلف الإجراءات والتدابير جدلا واسعا لتداعياتها على الدولة والفرد ومدى ناجعتها في التقليل من الإصابات والوفيات، فنجد بعض الدول تجنبت الحجر الشامل نتيجة لمخاوف اقتصادية وضغوطات جماعات الضغط، كما شهدت الكثير من الدول خصوصا المنطقة الأوروبية مظاهرات واحتجاجات ضد مختلف الإجراءات والتدابير.

> "لا يجب في الوقت نفسه أن تقع البشرية ضحية لسوء تقدير يحذر منه كثير من الخبراء والعلماء. وما قصة أنفلونزا الخنازير وسارس 1 عنا ببعيد. بل وما قصة جنون البقر عنا ببعيد، والتي أدت إلى اتخاذ الحكومة البريطانية لقرار بإعدام ملايين البقر والمواشي السليمة وكلفت الخزينة البريطانية 10 ملايير جنيه، بناء على توقعات فريق من الباحثين، ليتبين فيما بعد بحسب دراسة علمية رصينة أن تلك الدراسة أسست على فرضيات ونمذجة معيبة. والمفارقة أن رئيس الفريق العلمي الذي كان وراء اتخاذ حكومة بلير لقرار إعدام ملايين المواشي هو نفسه من أصدر التقرير والتوقعات التي دفعت حكومة جونسون باعتماد مقاربة الغلق الشامل"[1].

هذا الجدل كان مسنودا أيضا من باحثين مرموقين، فقد صدرت العديد من الدراسات المشككة والرافضة لهذا الوضع، من بينها دراسة لأستاذ في طب الأطفال بجامعة ألبرتا الكندية والباحث في الأمراض المعدية "آري جوفي" Ari Joffe، اعتمد فيها على "تحليل التكلفة والعائد"* و"النمذجة**"، فقد توصل إلى أن أضرار الإغلاق والحجر أكبر بخمسة أو عشر مرات من نفعها، معتبرا بأن عمليات النمذجة الأولية أظهرت بيانات خاطئة مما أثار الهلع والخوف وضرورة التوجه نحو تطبيق إجراءات الحجر الجزئي والشامل لتسطيح المنحنى، فعند بداية الجائحة كانت البيانات تشير إلى أن معدل الوفيات في حدود 3,2% أما الإصابات ستتجاوز 80%، ظهر في ما بعد بأن متوسط معدل الوفيات لا يتجاوز 0.23% أما الإصابات ستتراوح ما بين 20%-40% ثم تتزايد حالات الإصابة بشكل

---

[1] جمال ضو، "ما بعد كورونا أخطر من الجائحة ذاتها.. الجزائر نموذجا"، عربي 21، تصفح بتاريخ 15 أوت، 2022، https://bit.ly/3QKrsPE.

* تحليل التكلفة والعائد هي عملية منهجية لتقدير الأثر المتوقع لمشروع أو سياسات معينة أو قرارات...الخ.

** النمذجة العلمية هي عملية إنشاء نماذج مجردة أو اصطلاحية، تنقسم لنوعين فزيائية ورياضية، وعادة ما يتم ربطها بعملية المحاكاة.

محدود في إطار تكَون مناعة السكان، وعليه يجب العودة للحياة الطبيعية لأن الحجر والإغلاق يؤثر سلبا على الملايين من الفقراء والأمن الغذائي ومعدلات البطالة وله آثار نفسية، ويجب التركيز على حماية فقط الفئة القليلة المعرضة لمخاطر وخيمة*.

من بين ما نشر أيضا في هذا المضمار مقال لـ "كمران عباسي" Kamran Abbasi رئيس تحرير "المجلة البريطانية للطب"، ومحرر في نشرية منظمة الصحة العالمية، وكان عنوان المقال: "كوفيد-19: التسييس والفساد وقمع العلم"، اعتبر فيه بأن "العلم يتم قمعه لتحقيق مكاسب سياسية ومالية، فقد أطلق "كوفيد-19" العنان لفساد الدولة على نطاق واسع، وهو ضار بالصحة العامة، السياسيون والصناعيون مسؤولون عن هذا الاختلاس الانتهازي، وكذلك العلماء وخبراء الصحة، فقد كشف الوباء كيف يمكن التلاعب بالمركب السياسي الطبي في حالات الطوارئ، في وقت يكون فيه حماية العلم أكثر أهمية"[1]، يستشهد معارضو الحجر والغلق بما دهب إليه عباسي، معتبرين بأنها كانت في صالح الساسة للتغطية على فسادهم وسوء إدارة الأزمة الصحية حتى في الدول الغربية، وتوجيه الدراسات العلمية في اتجاه حقيقة علمية واحدة بأن الحجر وإجراءات وتدابير المواجهة هي الحل الوحيد.

لاشك بأن إجراءات وتدابير المواجهة تم استنساخها بين مختلف الدول مع اختلاف في التنفيذ، الحقيقة الثابتة بأن فيروس "كوفيد-19" لم يكن خطيرا كما صُوِر له، فعلى أكثر من سنتين لم تتجاوز الوفيات السبعة ملايين بينما جوائح سابقة خلفت أضعاف هذا الرقم، فالثابت علميا بأن معدل متوسط الوفيات لا يتجاوز 0,5% من بين المصابين، لكن تكمن خطورته في القدرة على إغراق المؤسسات الصحية في وقت وجيز بما يؤدي لانهيار النظام الصحي، لقد دهب معارضو الحجر ولمختلف الإجراءات والتدابير لضرورة حماية فئة 0,5% فقط مع استمرار مختلف النشاطات اليومية بشكل عادي وهو ما يعني تطبيق مناعة السكان التي تخلت عنه جميع الدول التي تبنت هذا التوجه، يمكن القول بأن هذا الطرح صحيح بالنسبة للدول المتقدمة والمتطورة، وعدم تطبيقه يطرح حقيقة الكثير من التساؤلات، من جهة

* لمزيد من التفاصيل حول الدراسة، أنظر:

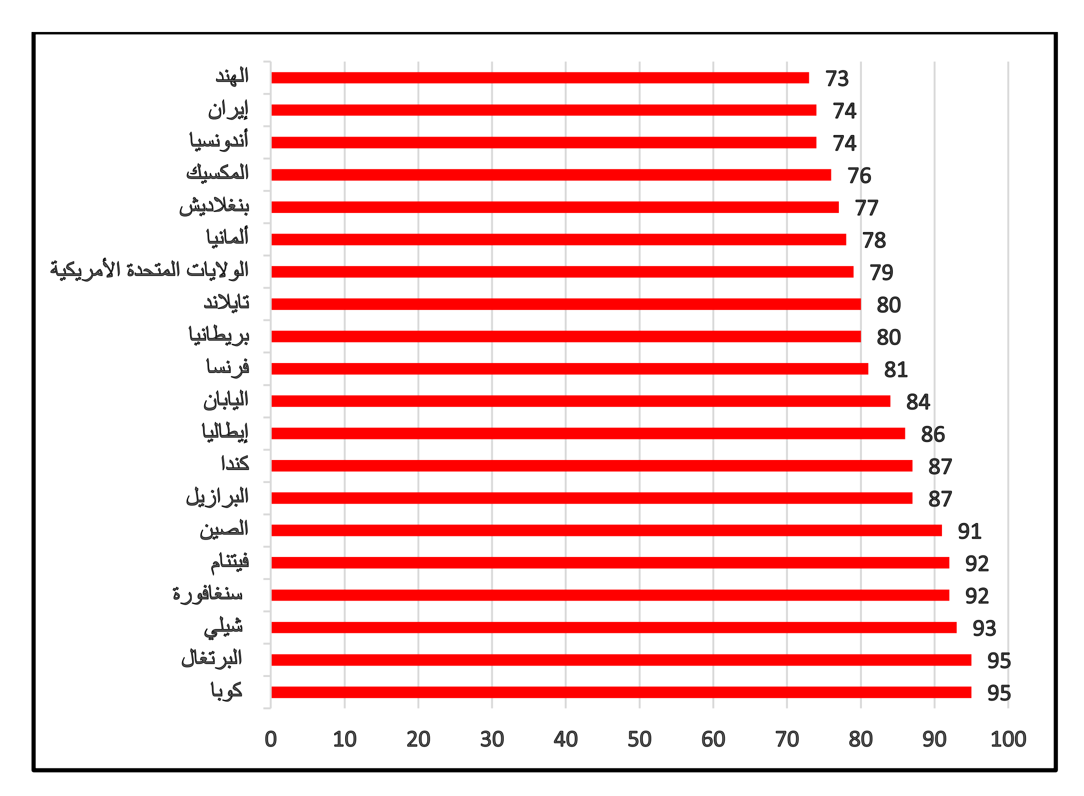
Ari Joffe, “COVID-19: Rethinking the Lockdown Groupthink”, *Frontiers in Public Health* 09, no.625778, (2012).

[1] Kamran Abbasi, “Covid-19: politicisation, “corruption,” and suppression of science”, *British Medical Journal (bmj)*, no.371, (2020): 01.

أخرى لا يمكن تطبيقه على مستوى النظم الصحية الضعيفة الاستجابة التي لا حل أمامها سوى الحجر وإجراءات وتدابير المواجهة لسطيح المنحنى بشكل مستمر لتجنب عملية الإغراق.

ثالثا: جدل اللقاحات:

شكل رقم 39: نسبة الملقحين ضد فيروس "كوفيد-19" حتى بداية سبتمبر 2022 (الدول 20 الأولى)



Source: "Coronavirus (COVID-19) Vaccinations", Our World in Data, accessed in 06 September, 2022, https://bit.ly/3eqOgqm.

يظهر الشكل بأن دولتين فقط حول العالم حققت نسبة المناعة المطلوبة ضد الفيروس، فحتى الدول المصنعة للقاحات لم تحقق النسبة المطلوبة بالرغم توفر مخزونات ضخمة للقاحات، فماهي أسباب ذلك؟

كان هناك ارتياب واضح من اللقاحات، إذ يعلق "جهاد الزويري" المحاضر والباحث في مجال مناعة الأمراض المعدية والسرطانية بكلية الطب في جامعة ليفربول ببريطانيا بقوله: "سابقة خطيرة في مجال البحث والتطوير؛ وهي محاولة ترخيص لقاح عبر تقنية حيوية لم تأخذ قدرا كافيا من التمحيص العلمي والأخلاقي وبسرعة غير مسبوقة لم تعهدها الأوساط

العلمية من قبل، حيث لم يتم التحقق والنشر في المجلات العلمية المتخصصة كالعادة، فهل مسوغ الجائحة العالمية كافٍ لتبرير ذلك؟ وهل ما أعلن عنه حتى الآن من أن نسبة نجاح اللقاح "إحصائيا"، وهي 90%، فعلا تعكس حقيقته من الناحية العلمية الإكلينيكية؟"[1].

كما أدى وفاة 33 مسن مقيم بدار رعاية المسنين بالنرويج بعد 06 أيام من تلقي لقاح "فايزر–بيونتك"[2]، أدى إلى الارتياب أكثر من اللقاحات والعزوف عنها بنسب متفاوتة عبر دول العالم، ثم تعزز الارتياب أكثر بعد مطالبة عدد من الشراكات الحصانة القانونية ضد أي متابعات قضائية، وهو ما سارعت إليه كل من الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا[3].

ساهمت الشائعات الكثيرة حول الآثار الجانبية للقاح التي تصل لحد الموت في عزوف نسب معينة من الأفراد عن تلقي اللقاح، كما شهدت عديد الدول مظاهرات رافضة لما يسمى "الجواز الصحي" وإجبارية التلقيح.

المطلب الثاني: دراسة لجائحة "كوفيد-19" في الجزائر وطرق التعامل معها

ككل دول العالم؛ كانت الجزائر معرضة لانتشار فيروس "كوفيد–19"، فبتاريخ 25 فيفري 2020 أعلنت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تسجيل أول إصابة بالفيروس لرعية إيطالي، بدأ بعدها مسار طويل من القرارات والإجراءات والتدابير والحجر في محاولة لتسطيح المنحنى ريثما يتم إيجاد لقاح للفيروس، هذا في ظل نظام صحي محدود الفعالية.

الفرع الأول: القرارات والإجراءات والتدابير المتخذة لمواجهة "كوفيد-19"

يعود اتخاذ أولى القرارات إلى نهاية شهر جانفي 2020، أين أسدت وزارة الصحة تعليمات لتشديد الرقابة على المطارات، حيث تم تنصيب كاميرات حرارية مع إسداء

---

[1] جهاد الزويري، "لقاح كورونا الجيني الموعود بين الحقائق والأوهام"، الجزيرة نت، تصفح بتاريخ 16 أوت، 2022، https://bit.ly/3LcjE8c.

[2] Ariana Remmel, “Covid Vaccines and Safety: What the Research Says”, *Nature* 590, (2021): 539.

[3] علي قباجه، "الحصانة القانونية للقاحات «كورونا».. حماية للشركات أم خفض للإصابات؟"، الخليج، تصفح بتاريخ 16 أوت، 2022، https://bit.ly/3QWar5n.

تعليمات لمديريات الصحة، كما تم إجلاء أفراد الجالية الجزائرية والتونسية والليبية والموريتانية من مدينة ووهان مهد الفيروس مع إخضاعهم للحجر الصحي[1].

بتاريخ 12 مارس 2020 اتخذ رئيس الجمهورية أولى قراراته لمجابهة الجائحة، حيث "أمر رئيس الجمهورية السيد عبد المجيد تبون، بعد استشارة الوزراء المعنيين، بإغلاق مدارس التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي [...] ولغاية انتهاء العطلة الربيعية في الخامس من الشهر القادم، كما أمر الرئيس تبون بإغلاق الجامعات ومعاهد التعليم العالي، ماعدا الكليات التي مازالت تجري فيها الامتحانات الاستدراكية، ويشمل هذا القرار أيضا [...] المؤسسات التكوينية التابعة لقطاع التكوين والتعليم المهنيين ومدارس التعليم القرآني والزوايا وأقسام محو الأمية وجميع المؤسسات التربوية الخاصة ورياض الأطفال"[2].

أما بتاريخ 17 مارس 2020 "ترأس رئيس الجمهورية السيد عبد المجيد تبون [...] بمقر رئاسة الجمهورية، جلسة عمل ضمت الوزير الأول، وعددا من الوزراء، وكبار مسؤولي الأمن في الدولة، خصصت لدراسة وتقييم الإجراءات المتخذة للتصدي بفعالية لوباء الكورونا"[3]. خلال هذا الاجتماع أمر الرئيس بالتكفل بإعادة الجزائريين العالقين في المطارات الأجنبية، وعلى إثره تم تشكيل خلية وطنية متعددة الدوائر الوزارية يرأسها الوزير الأول، تعمل على وضع خطة لإعادتهم مع تحديد أماكن الحجر الصحي عليهم[4]، وفي المساء توجه الرئيس بخطاب للمواطنين معلنا عن مجموعة من القرارات، هي[5]:

- غلق جميع الحدود البرية مع الدول المجاورة مع إمكانية السماح بانتقال الأشخاص في الحالات الاستثنائية بعد الاتفاق مع حكومات البلدان المعنية؛

---

[1] "فيروس كورونا: وزير الصحة يعاين نظام المراقبة بمطار هواري بومدين ومستشفى القطار"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3qCNGsp.

[2] "فيروس كورونا: الرئيس تبون يأمر بإغلاق المدارس والجامعات ومؤسسات التكوين والتعليم المهنيين"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3xrwrxY.

[3] "رئيس الجمهورية يترأس جلسة عمل لتقييم إجراءات التصدي بفعالية لوباء كورونا.. ويوجه مساء اليوم خطابا إلى الأمة"، الإذاعة الجزائرية، تصفح بتاريخ 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3LgXykU.

[4] "كورونا: رئيس الجمهورية يأمر بإعادة المسافرين الجزائريين العالقين في المطارات الأجنبية"، وزارة الاتصال، تصفح بتاريخ 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3DrFVNr.

[5] "النص الكامل لخطاب رئيس الجمهورية الموجه للأمة"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3BbKOY4.

- التعليق الفوري لكل الرحلات الجوية القادمة أو المنطلقة من الجزائر ما عدا أمام طائرات نقل البضائع التي لا تحمل أي مسافر معها؛
- الغلق الفوري أمام الملاحة البحرية والنقل البحري باستثناء البواخر الناقلة للبضائع والسلع؛
- التعقيم الفوري لجميع وسائل النقل العمومي الولائية والوطنية ومحطات نقل المسافرين؛
- منع التجمعات والمسيرات كيفما كان شكلها وتحت أي عنوان كانت وغلق أي مكان يشتبه فيه بأنه بؤرة للوباء؛
- منع تصدير أي منتوج استراتيجي سواء كان طبيا أو غذائيا إلى أن تنفرج الأزمة وذلك حفاظا على المخزون الاستراتيجي الوطني؛
- تعليق صلاة الجمعة والجماعة في المساجد وغلق المساجد والاكتفاء برفع الآذان استجابة لطلب لجنة الإفتاء بعد مصادقة كبار شيوخ وعلماء الأمة؛
- محاربة وفضح المضاربين عديمي الضمائر الذين لا يستحون من استغلال فزع المواطن لإخفاء المواد الأساسية قصد إحداث الندرة ورفع أسعارها؛
- البحث والكشف عن هوية ناشري الأخبار الكاذبة والمضللة الذين يمتهنون التسويد بنفوسهم المريضة، بهدف زرع البلبلة والابقاء على المواطن دائما في حالة قلق ورعب؛
- الزيادة في قدرة المستشفيات على تحويل عدد من الأسرة إلى أسرة إنعاش عند الضرورة؛
- وضع خطة طويلة الأمد للاحتياط من الآن للمستقبل حتى لا يعود هذا النوع من الوباء للظهور؛
- مزيد من التحسيس والتوعية في وسائل الإعلام يشارك فيها كبار المتخصصين وعلماء الدين.

بعد ثلاثة أيام من اتخاذ القرارات السابقة، صدر بالجريدة الرسمية أول مرسوم تنفيذي يُعنى بمجموعة من الإجراءات والتدابير، إذ ورد في المرسوم التنفيذي 20–69 تعليق جميع نشاطات النقل الداخلي سواء ما بين البلديات أو الولايات مع إسناد مهمة تنظيم نقل الموظفين

العموميين لوزير النقل والولاة قصد استمرار تقديم الخدمة العمومية والحفاظ على النشاطات الحيوية، كما ورد في المرسوم خفض 50% من مستخدمي المؤسسات والإدارات العمومية مع اعتبارهم في عطلة استثنائية مدفوعة الأجر، حدد أيضا المرسوم من لهم الأولوية في قرار خفض الموظفين والمستثنين منها[1].

"تغلق في المدن الكبرى [...] محلات بيع المشروبات، ومؤسسات وفضاءات الترفيه والتسلية والعرض والمطاعم، باستثناء تلك التي تضمن خدمة التوصيل إلى المنازل[2]"، منح أيضا المرسوم التنفيذي 20-69 للولاة الحق في توسيع أنشطة الغلق واتخاذ أي إجراء للوقاية من الفيروس، كما يمكن للوالي تسخير أي منشأة عمومية أو خاصة لضمان الحد الأدنى من الخدمات للمواطنين[3].

في 24 مارس 2020 صدر المرسوم التنفيذي رقم 20-70، أهم ما جاء به هذا المرسوم تناوله لكفيات تطبيق الحجر المنزلي الكلي أو الجزئي على البلديات أو الولايات المصنفة كبؤر للوباء، إذ "يتمثل الحجر المنزلي الكلي في إلزام الأشخاص بعدم مغادرة منازلهم أو أماكن إقامتهم، خلال الفترة المعنية [...] ويتمثل الحجر المنزلي الجزئي في إلزام الأشخاص بعدم مغادرة منازلهم أو أماكن إقامتهم خلال الفترة و/أو الفترات الزمنية المقررة من طرف السلطات العمومية"[4]، "تمنع حركة الأشخاص خلال فترات الحجر، من ونحو الولاية أو البلدية المعنية وكذا داخل هذه المناطق"[5]، كما نصت المادة الثانية من المرسوم صراحة على أن الوزير الأول فقط من له صلاحية إصدار قرار الحجر، ورد أيضا في المرسوم أول قرار للحجر، فقد فُرض كليا على ولاية البليدة وجزئيا على العاصمة لمدة عشرة أيام قابلة للتجديد.

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 20-69 مؤرخ في 24 رجب عام 1441 الموافق 19 مارس سنة 2020، يتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 15، الصادرة بتاريخ 26 رجب 1441عام الموافق 21 مارس سنة 2020)، المواد: 03، 04، 06، 07، 08.

[2] المرجع نفسه، المادة 05.

[3] المرجع نفسه، المادة 05، و10.

[4] المرسوم التنفيذي رقم 20-70 مؤرخ في 29 رجب عام 1441 الموافق 24 مارس سنة 2020، يحدد تدابير تكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 16، الصادرة بتاريخ 29 رجب 1441عام الموافق 24 مارس سنة 2020)، المادة: 04.

[5] المرجع نفسه، المادة 05.

من بين ما جاء به المرسوم أيضا، أمر بتشكيل لجنة ولائية قطاعية تُعنى بمكافحة الوباء، على أن تنفذ قرارتها مصالح الأمن، وفرض التباعد بمتر واحد بين كل شخصين على مستوى النشاطات الغير معنية بالغلق، أخيرا ورد تمديد للتدابير المنصوص عليها في المرسوم 20-69 مع إضافة تعليق نشاط سيارات الأجرة وفرض عقوبات على المخالفين لمختلف التدابير والإجراءات[1].

تتابعت المراسيم التنفيذية في الصدور، والتي ركزت في معظمها على تمديد الإجراءات والتدابير السابقة الذكر مع تغيير مواقيت الحجر الجزئي بحسب تطور الوضعية الوبائية بالبلديات والولايات المعنية، ولقد منح المرسوم التنفيذي 20-182 الولاة الحق في فرض الحجر الصحي وتحديد مواعيده على مستوى جميع بلديات إقليم الولاية بعد أن كان محصورا في شخص الوزير الأول، ومتابعة مخزون وسائل الكشف والأوكسجين الطبي، كما أمر الولاة بإشراك جميع فعاليات المجتمع المدني في تأطير المواطنين[2].

في 21 ماي 2020 فُرِض ارتداء الكمامات إذ يعد "إجراء وقائيا ملزما، ارتداء القناع الواقي، يجب أن يرتدي جميع الأشخاص، وفي كل الظروف، القناع الواقي في الطرق، والأماكن العمومية، وأماكن العمل، وكذا في الفضاءات المفتوحة أو المغلقة التي تستقبل الجمهور، لاسيما المؤسسات والإدارات العمومية، والمرافق العمومية، ومؤسسات تقديم الخدمات، والأماكن التجارية"[3]، "تلزم كل إدارة ومؤسسة تستقبل الجمهور، وكذا كل شخص يمارس نشاطا تجاريا أو يقدم خدمات، بأي شكل من الأشكال، بالامتثال لهذا الالتزام بارتداء القناع الواقي وفرض احترامه، بكل الوسائل، بما في ذلك الاستعانة بالقوة العمومية، يلزم

[1] المرسوم التنفيذي رقم 20-70، المواد: 07، 08، 13، 14، 17.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 20-182 مؤرخ في 17 ذي القعدة عام 1441 الموافق 09 يوليو سنة 2020، يتضمن تعزيز نظام الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 39، الصادرة بتاريخ 19 رجب 1441عام الموافق 11 يوليو سنة 2020)، المادة 02 و06.

[3] المرسوم التنفيذي رقم 20-127 مؤرخ في 27 رمضان عام 1441 الموافق 20 مايو سنة 2020، يعدل ويتمم المرسوم التنفيذي رقم 20-70 المؤرخ في 29 رجب عام 1441 الموافق 24 مارس سنة 2020 الذي يحدد التدابير التكميلية للوقاية من وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع. 30، الصادرة بتاريخ 28 رمضان 1441عام الموافق 21 مايو سنة 2020)، المادة 13.

جميع الأعوان العموميين المؤهلين بالسهر على فرض التقيد الصارم بواجب ارتداء القناع الواقي"[1].

بالنسبة لقطاع الصحة تقرر مايلي[2]:

- المحافظة على المخزون الوطني الاستراتيجي من المنتجات الطبية؛
- تحديد المستشفيات التي من الممكن تحويل عدد من أسرتها إلى أسرة إنعاش عند الضرورة؛
- تدعيم المصالح المخصصة للحالات المشبوهة والمؤكدة بالتجهيزات اللازمة لضمان التكفل الصحي؛
- الزيادة في قدرات الكشف والتشخيص من خلال استعانة معهد باستور بمخبري وهران وقسنطينة بعد تجهيزهما الجاري؛
- تجهيز الأماكن المهيأة للحجر الصحي في الفنادق والمركبات السياحية والفضاءات الاقتصادية؛
- القطاع الصحي يتوفر على المستوى الوطني على82716 سرير منها 2500 سرير تم تخصيصها للتكفل بالمصابين على مستوى 64 مصلحة للأمراض المعدية، و247 مصلحة للطب الداخلي و79 مصلحة أمراض الرئة و100 مصلحة في اختصاصات أخرى بالإضافة إلى 24 مصلحة للإنعاش بها 460 سرير؛
- اقتناء أجهزة التنفس الاصطناعي لدعم قطاع الصحة الذي يمتلك 5787 جهاز للتنفس الاصطناعي والتخدير والإنعاش؛
- تسخير مبلغ 100 مليون دولار للتعجيل باستيراد كل المواد الصيدلانية والألبسة الواقية وأجهزة التحليل الكيمياوي بالعدد الكافي، مع إشراك بعثاتنا الدبلوماسية في البحث عن مصدريها عبر العالم، ومنح الأولوية الكاملة في توزيعها إلى سلك الأطباء والممرضين وأعوان الصحة لاتصالهم المباشر اليومي بحالات الإصابة؛

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 20-127، المادة 13.

[2] "النص الكامل لبيان الاجتماع الدوري لمجلس الوزراء (الأحد 22 مارس 2020)"، الإذاعة الجزائرية، تصفح بتاريخ 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3Bp6u3h.

- تخصيص منحة مالية استثنائية لمستخدمي الصحة[1]؛
- اعتماد بروتوكول العلاج "الكلوروكين"[2].

منذ 12 مارس 2020 أصبحت أزمة "كوفيد-19" محل إشراف ومتابعة من قبل "اللجنة الوطنية لرصد ومتابعة تطور انتشار فيروس كورونا"، التي تأسست بناء على قرار من رئيس الجمهورية، تتشكل اللجنة من[3]:

- السيد عمار بلحيمر: وزير الاتصال، الناطق الرسمي للحكومة.
- السيد عبد الرحمن لطفي جمال بن باحمد: وزير منتدب لدى وزير الصحة والسكان واصلاح المتشفيات، مكلف بالصناعة الصيدلانية.
- الدكتور جمال فورار: الناطق الرسمي للجنة، المدير العام للوقاية بوزارة الصحة.
- الدكتور محمد بقاط بركاني: رئيس مجلس عمادة الأطباء.
- الدكتور طواهرية عبد الكريم: رئيس مجلس عمادة الصيادلة.
- الأستاذ مصباح اسماعيل: خبير في الأمراض المعدية.
- الاستاذ بوسوف نذير: مختص في علم الأوبئة.
- الاستاذ مهياوي رياض: مختص في التخدير والإنعاش.
- الأستاذ فواتيح زبير: مختص في علم الأوبئة والطب الوقائي.
- الدكتور أخموخ إلياس: مختص في الأمراض المعدية.

في ما يخص الجانب الاقتصادي والاجتماعي، أقرت الحكومة تدابير تقشفية كخفض فاتورة الاستيراد من 41 إلى 31 مليار دولار، وخفض نفقات ميزانية التسيير بـ 30%[4]، كما

[1] "كورونا: المنحة الاستثنائية لمستخدمي الصحة "دفعت كليا تقريبا"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3xuwqcs.

[2] "كوفيد-19: الجزائر تعتمد بروتوكول العلاج "الكلوروكين"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3BqeKQi.

[3] "كورونا فيروس: الإعلان عن تشكيل لجنة رصد ومتابعة موسعة"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3dj3sFQ.

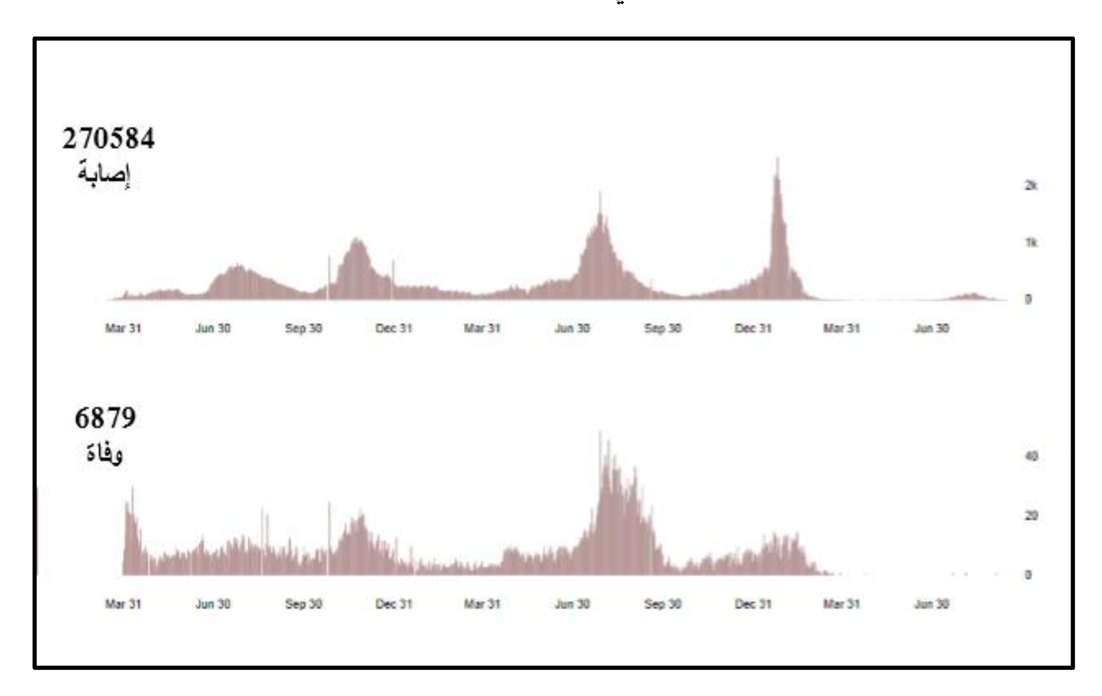
[4] "النص الكامل لبيان الاجتماع الدوري لمجلس الوزراء"، الإذاعة الجزائرية.

خصصت منحة شهرية قدرها 10 آلاف دينار للأسر المحتاجة[1]، بالنسبة لأصحاب المهن المتضررين فقد قدمت لهم منحة شهرية قدرها 30 ألف دينار[2].

عبر قرابة السنتين عرفت مختلف إجراءات وتدابير المتعلقة بالغلق والحجر تشديدا أو رفعا جزئيا بحسب تتطور الوضعية الوبائية، أما الرفع الكامل لمختلف الإجراءات والتدابير والحجر كان خلال شهري سبتمبر وأكتوبر 2020، فهل تم تسطيح منحنى "كوفيد-19" في الجزائر؟.

الفرع الثاني: تطور الوضعية الوبائية

شكل رقم 40: تطور عدد الإصابات والوفيات اليومية بفيروس "كوفيد-19" بالجزائر خلال الفترة 03 جانفي 2020 - 15 سبتمبر 2022



Source: "Algeria Situation", WHO, accessed in 17 September, 2022, https://bit.ly/3RRT0nL.

باستغلال معطيات الوثيقة نجد نسبة الوفيات 2,54%، بينما نسبة الوفيات لا يمكن أن تفوق 0,5%، يعود سبب ذلك ربما لعدد تحاليل الكشف عن فيروس "كوفيد-19"

---

[1] حليمة هلالي، "الشروع في صب منحة مليون سنتيم للعائلات المحتاجة"، البلاد، تصفح بتاريخ 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3RPvdVp.

[2] يُنظر: المرسوم التنفيذي رقم 20-211 مؤرخ في 09 ذي الحجة عام 1441 الموافق 30 يوليو سنة 2020، يتضمن منح مساعدات مالية لفائدة أصحاب المهن المتضررة من آثار جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19) (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش ع. 44، الصادرة بتاريخ: 09 ذي الحجة عام 1441 الموافق 30 يوليو 2020).

اليومية، فبينما فاق عدد التحاليل اليومية ببعض الدول 100 ألف لم يتعدى 3000 تحليل يوميا بالجزائر بعد أشهر من بداية الجائحة، وقد كان الرقم أقل بكثير خلال الأشهر الأولى من سنة 2020.

يظهر شكل الإصابات بأن الجزائر عرفت أربعة موجات وبائية كان أخطرها الموجة الثالثة خلال صائفة 2021، حيث عرفت الإصابات ارتفاعا تدريجيا منذ شهر جوان بداية من أكثر من 300 إصابة يوميا وصولا لـ 1927 إصابة يوم 29 جويلية، ثم بدأت في الانخفاض تدريجيا، هذا الارتفاع أدى لانهيار العديد من المستشفيات عبر البلاد، فقد انتشرت صور وفيديوهات عبر وسائل التواصل الاجتماعي تظهر حجم الفوضى بالمستشفيات نتيجة إغراقها بالمصابين، وحاجتهم الملحة لمادة الأوكسجين.

أظهرت هذه الموجة اعتماد المؤسسات الصحية في الجزائر على طرق تقليدية في التزود بالأوكسجين، الذي يتم تحضيره في مصانع خاصة ثم ينقل عبر شاحنات مصممة لهذا الغرض، بينما حديثا ونتيجة للتقدم العلمي والطبي أصبحت المؤسسات الصحية تزود بمولدات الأوكسجين مباشرة، وقد ساهم المجتمع المدني في هذه المرحلة بإطلاق حملات لشراء المولدات والمكثفات لتزويد بها المستشفيات والمرضى في منازلهم.

تعرضت البلاد بعد هذه الموجة الوبائية الخطيرة لموجة أخرى بداية من شهر أكتوبر 2020، إذ بدأ عدد الإصابات في الارتفاع حتى وصلت للذروة يوم 26 جانفي 2022 مسجلة 2521 إصابة، لم تكن هذه الموجة خطرة مثل الموجة الثالثة بالرغم من تخفيف إجراءات وتدابير المواجهة.

بصفة عامة تم تسطيح منحنى فيروس "كوفيد-19" في الجزائر خلال سنتين ونصف باستثناء الموجات الأربعة السابقة الذكر، وقد عرفت هذه المدة عدة أزمات مرافقة للأزمة الصحية، كندرة وسائل التعقيم والتطهير والكمامات خلال الأشهر الأولى، أيضا أزمة ندرة استهلاك بعض المواد كالزيت والسميد، علاوة على أزمة عدم توفر السيولة.

الفرع الثالث: التلقيح ضد "كوفيد-19" في الجزائر: توفر اللقاح وعزوف للمواطنين

أطلقت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مخططا يتعلق باللقاحات يشمل النقاط التالية[1]:

- اختيار اللقاحات المناسبة بعد الاطلاع على نتائج الدراسات العلمية المنجزة على مختلف اللقاحات المنتجة للوقاية من الفيروس؛
- توسيع فرص تمويل اللقاح بالدخول في مفاوضات مع عدة شركات أجنبية مصنعة للقاح، منذ شهر أوت 2020؛
- توقيع مذكرات تفاهم وعقود مع عدة أطراف؛
- تحديد أماكن تخزين اللقاح ومواقع التلقيح؛
- إعداد مخططات توزيع اللقاح لفائدة مستخدمي قطاع الصحة؛
- وضع أرضية رقمية للتصريح بكافة الحالات التي تعرضت لأعراض جانبية بغرض مراقبتها.

"وأعلنت السلطات الجزائرية، في وقت سابق، أنها أبرمت عقودا لاستيراد 3 أنواع من لقاحات "كورونا"، هي: "سبوتنك 7" الروسي، و"سينوفاك" الصيني، و"أسترازينيكا" البريطاني"[2]، كما تلقت الجزائر تبرعات من الولايات المتحدة الأمريكية والصين.

"كانت عملية إنتاج اللقاح ضد "كوفيد–19"، التي انطلقت في 29 سبتمبر الفارط، اختيارا استراتيجيا من طرف الدولة من خلال الفوائد المتعددة سواء الصحية أو الاقتصادية التي يوفرها هذا المشروع الكبير لاسيما ما تعلق بنقل التكنولوجيا واقتصاد العملة وضمان وفرة اللقاح والقدرة المثلى لتغطية الطلب الوطني، بالإضافة أيضا إلى آفاق تصديره

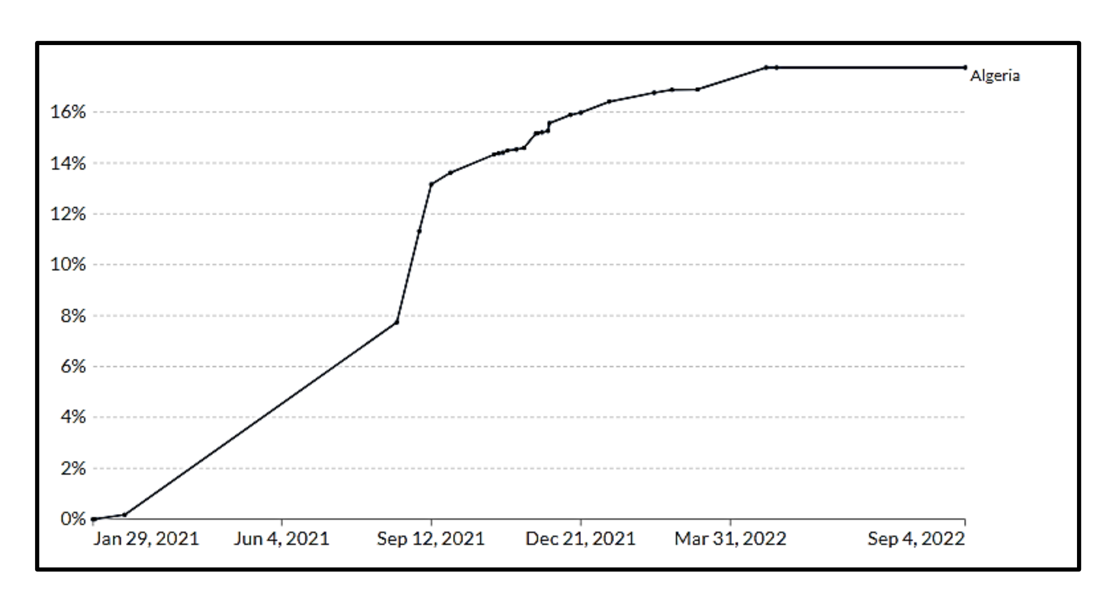
---

[1] "فيروس كورونا المستجد (كوفيد 19) بالجزائر واستراتيجية التلقيح"، مجلس الأمة، تصفح بتاريخ 18 أوت، 2022، https://bit.ly/3UkQLux.

[2] حسام الدين إسلام، "لقاح كورونا بالجزائر.. رغبة بحياة طبيعية وتخوف من أعراض جانبية (تقرير)"، وكالة أنباء الأناضول، تصفح بتاريخ 18 أوت، 2022، https://bit.ly/3f0bSCq.

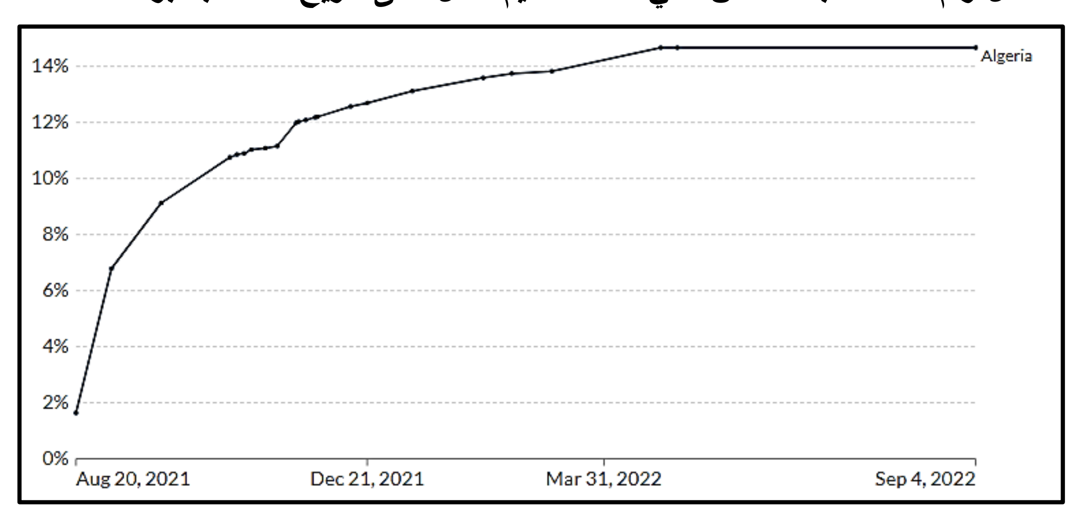
مستقبلا حيث تم تجسيد هذا المشروع الذي يعد ثمرة شراكة مع الشركة الصينية سينوفاك في وقت قياسي"[1].

شكل رقم 41: نسبة السكان التي تلقت جرعة واحدة على الأقل من اللقاح حتى تاريخ 04 سبتمبر 2022



Source: "Coronavirus (COVID-19) Vaccinations", Our World in Data, accessed in: 17 September, 2022, https://bit.ly/3S1MY44.

شكل رقم 42: نسبة السكان التي تلقت تطعيم كامل حتى تاريخ 04 سبتمبر 2022



Source: "Coronavirus (COVID-19) Vaccinations", Our World in Data, accessed in: 17 September, 2022, https://bit.ly/3S1MY44.

[1] "سنة 2021 : الجزائر تطلق إنتاجها لكورونافاك من قسنطينة"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 18 أوت، 2022، https://bit.ly/3eYo46z.

يظهر الشكلين بأن الإقبال على التلقيح كان ضعيفا جدا بالرغم من الحملات التي أطلقتها السلطات والمجتمع المدني، وفرض الجواز الصحي على المسافرين سواء الدخول أو الخروج من البلاد، كما أُشترط الجواز للدخول لبعض المرافق، إجمالا تم تلقيح 14,7% بجرعتين و17,8% بجرعة واحدة من نسبة المستهدفين حتى تاريخ 04 سبتمبر 2022، ما يعني بأن 3,1% من الملقحين لم يتلقوا الجرعة الثانية.

> عبّر وزير الصحة الجزائري، عبد الرحمن بن بوزيد [...] عن استغرابه من العزوف عن التلقيح، قائل: لاحظنا أنه عندما كانت الموجة الثالثة لكورونا في الصيف الماضي ارتفع عدد الأشخاص الذين يتلقحون بالمراكز الصحية، إذ بلغ عددهم 250 ألف ملقّح في اليوم، ومع تراجع عدد الإصابات بالفيروس، تراجعت معها نسبة الإقبال على التلقيح على الرغم من حملات الحثّ التي قامت بها مختلف المصالح والهيئات الصحية [...] يُرجَح أن يكون السبب الرئيس هو الإشاعات التي تم اطلاقها مع استيراد الجزائر أولى دفعات اللقاح، إذ سرى زعم أن للقاح أعراضاً جانبية على صحة الإنسان، وهناك من ذهب إلى حد تحريمه بداعي المواد المصنوعة منه، على الرغم من إصدار لجنة الفتوى الحكومية، التابعة لوزارة الشؤون الدينية، فتوى بضرورة تلقي اللقاح"[1].

الارتياب من اللقاحات لدى الجزائريين كان واضحا كما هو الحال بكثير من دول العالم، نتيجة للإشاعات التي روجت حول اللقاحات، ولأسباب علمية أيضا كما أشرنا سابقا، فحتى على مستوى الكادر الطبي هناك من يرفض تلقي اللقاح.

الفرع الرابع تقييم التجربة الجزائرية في التعامل مع جائحة "كوفيد-19"

بداية يجب القول بأن التجربة الجزائرية أقرب للاستراتيجية المتوازنة، تدرج في اتخاذ القرارات والإجراءات والتدابير وتخفيفها بحسب تطور الوضعية الوبائية في البلاد، مع تجنب فرض الحجر الصحي الشامل باستثناء ولاية البليدة.

---

[1] إيمان عويمر، "الامتناع عن التلقيح في الجزائر يضاعف المخاوف من موجة رابعة لكورونا"، اندبندت عربية، تصفح بتاريخ 18 أوت، 2022، https://bit.ly/3SbIirV.

شهدت الجزائر أربعة موجات وبائية، إذ لم يتم تسطيح المنحى خلال الموجات السابقة، للأسباب التالية:

- العامل الزمني مهم جدا في التعامل مع الفيروس، فقد يكون قرار أو إجراء ما صحيح لكن يصبح لا قيمة له في حال لم يتخذ أو يُعمل به في التوقيت المناسب، وهو ما ينسحب على قرار غلق المنافذ البرية والبحرية والمطارات الذي تأخر لقرابة الشهرين والنصف منذ بداية الجائحة، كما ينطبق الأمر أيضا على ولاية البليدة فالحجر الشامل لم يقرر إلا بعد أن تحولت الولاية لمنطقة موبوءة مسببة توسع لدائرة الإصابات خارج الولاية، بذلك خسرت الجزائر فرصتها في تسطيح المنحنى أفضل مما كان عليه وتجنب الموجات الوبائية؛
- عدم فرض حجر شامل على البلديات والولايات التي تتحول لبؤر وبائية؛
- محدودية عدد تحاليل الكشف عن الفيروس طيلة موجة الوباء؛
- تهاون السلطات في تطبيق تدابير وإجراءات الوقاية؛
- تهاون المواطنون بشكل كبير في تطبيق تدابير وإجراءات الوقاية.

كشف انتشار فيروس "كوفيد-19" بالجزائر عن عدم تنصيص الدستور عن حالة الطوارئ الصحية، وعدم التنصيص عليها أيضا في قانون الصحة ولا أي قانون آخر، كما أبانت عن غياب مخطط لإدارة الأزمات الصحية على شاكلة مخططات النجدة، هذا الفراغ تم ملأه بقرارات رئيس الجمهورية والحكومة والمراسيم التنفيذية (الضبط التنظيمي) الصادرة عن الوزير الأول، كما منحت الجماعات الإقليمية سلطة الضبط في التعامل مع الوضعية الوبائية، تتابع صدور المراسيم التنفيذية اتصف أحيانا بعدم الوضوح، وهو ما يؤدي لصدور مرسوم آخر يشرح المرسوم السابق.

في ظل غياب مؤسسة أو هيكل إداري لإدارة الأزمات الصحية بصفة خاصة والأزمات عموما، شُكلت لجنة تتكون من 11 مختصا في العلوم الطبية والصيدلة باستثناء وزير الاتصال الناطق الرسمي باسم الحكومة، وقد غاب عن هذه اللجنة خبراء او أكاديميين في إدارة الأزمات، كما غاب المندوب الوطني للمندوبية الوطنية لإدارة المخاطر، فهذا الأخير يمكنه تقديم الإضافة.

لم يكن من المناسب تبني سياسة الحجر الجزئي، لتبعاتها الصحية والاقتصادية والاجتماعية على الدولة والمواطن، فهذه السياسة طال أمدها في ظل غلق وتعليق الكثير من النشاطات الاقتصادية والتجارية، فالحجر على المواطنين مساءً والسماح لهم بممارسة حياتهم في النهار بشكل عادي لا يساهم في تسطيح المنحى، بل كان الأجدر تجنب غلق مختلف النشاطات الاقتصادية والتجارية مع فرض إجراءات وتدابير الوقاية مع فرض حجر شامل لمدة أسبوعين في حال تصنيف لبلدية أو ولاية كمنطقة موبوءة، مع السماح للتبضع لساعات قليلة يوميا، فالمواطن يمكن أن يتحمل أسبوعين وليس أشهر من الحجر الليلي والغلق.

فحتى قرار غلق المؤسسات التربوية والتعليمية ومراكز التكوين المهني لأكثر من ستة أشهر كان منافي للصواب، فبينما كان الغلق يسري كان التلاميذ يعيشون حياتهم بشكل عادي ويمارسون هواياتهم في اللعب، كذلك الحال مع طلبة الجامعة والتكوين المهني، فمعظمهم كانوا يمارسون حياتهم بشكل عادي، فمن عايش تلك الفترة يلاحظ حجم اللامبالاة في اتخاذ تدابير وإجراءات الوقاية، بل وعدم الاعتراف بوجود جائحة عالمية!.

عجزت السلطات خلال أشهر طوال عن معالجة أزمة الزيت والسميد والسيولة، بالرغم من مختلف الإجراءات المتخذة في هذا الشأن، هذه الأزمات كان للمواطن يد فيها بالسبب الهلع والخوف من عدم توفرها نهائيا، وهو ما دفعه لتخزين المواد الغذائية الأساسية.

بالنسبة للعزوف الكبير عن التلقيح فهو سمة بارزة بكثير من الدول، بسبب الهالة التي رافقت صنع اللقاح، يحسب للجزائر نجاحها في الحصول على موافقة الصين لإنتاج لقاح سينوفاك في الجزائر، صحيح بأن السلطات والمجتمع المدني قاما بحملات واسعة لصالح التلقيح، لكن يعاب عدم بث صور للرئيس والوزراء أثناء أخذهم للقاح كما فعلت الكثير من الدول لتحفيز مواطنيها على التلقيح، وهو ما زاد في العزوف عن التلقيح فقد راجت شائعات بأن الرئيس والوزراء رفضوا التلقيح.

من محاسن التجربة الجزائرية فتح المجال لمشاركة المجتمع المدني في التعامل مع الوباء، وتقديم التسهيلات لاستيراد معدات الوقاية ووسائل التعقيم ومكثفات الأوكسجين، وتخصيص منح مالية للأسر المعوزة وللحرفيين وعمال قطاع النقل، كما كانت الفرصة سانحة في التقدم نحو التحول الرقمي.

خلاصة الفصل الثالث

أكدت دراسة الأزمات الصحية الثلاث غياب نظام أو هيكل إداري لإدارة الأزمات الصحية في الجزائر، فنحن أمام استجابة محدودة وغير فعالة، ولو توفر نظام أو هيكل لإدارة الأزمات الصحية فعال لتجنبنا أزمتي "الحصبة" و"الكوليرا"، ولكانت الاستجابة لجائحة "كوفيد-19" أفضل.

كانتا أزمتي "الحصبة" و"الكوليرا" إنذارا للسلطات بمحدودية الاستجابة للأزمات الصحية، فإذا كانت الأزمتين اختبارا صغيرا للإطار المؤسساتي والتنظيمي، فجائحة "كوفيد-19" كشفت عن فراغ مؤسساتي وتنظيمي للتعامل مع الأزمات الصحية خصوصا ذات الطبيعة الوبائية، وعليه وجب التوجه نحو بناء نظام لإدارة الأزمات الصحية، قبل أن تفاجأ الدولة بأزمة صحية مستقبلا في عالم أصبح يعيش على وقع أوبئة ممتدة.

الفصل الرابع

متطلبات التحول نحو نظام وطني لإدارة الأزمات الصحية في الجزائر

المبحث الأول: تحديات التحول نحو نظام لإدارة الأزمات الصحية

المطلب الأول: تحدي التحول نحو الصحة الرقمية

المطلب الثاني: تحدي التحول نحو إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات النظام الصحي

المطلب الثالث: تحدي التحول نحو الحوكمة الصحية في مؤسسات النظام الصحي

المبحث الثاني: نحو نموذج نظام لإدارة الأزمات الصحية

المطلب الأول: نحو إنشاء هياكل جديدة لإدارة الأزمات الصحية

المطلب الثاني: حوكمة عمليات نظام إدارة الأزمات الصحية

فرضت الأزمات الصحية قيد الدراسة ضرورة إعادة النظر في عمليات مواجهة هذه الأزمات في الجزائر، فبدون شك نحن أمام عملية تسيير وليس إدارة، خصوصا في ظل الأوبئة الممتدة التي يعيشها العالم منذ آلاف السنين، وأصبحت خلال السنوات الأخيرة متقاربة زمنيا.

وعليه تقترح الدراسة التحول نحو إدارة الأزمات الصحية وليس التسيير، وهذا من خلال إنشاء مركزين هما: "مركز إدارة وتحليل البيانات" يعتمد على "نظام إدارة قواعد البيانات" متطور مدعم بخاصية "الذكاء الصناعي" يربط بين جميع مؤسسات النظام الصحي، أما المركز الثاني فهو "المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث"، يتولى إدارة الأزمة الصحية قبل وأثناء وبعد حدوثها وفقا لنظام شامل يعتمد على مجموعة من العمليات.

لكن قبل ذلك نتطرق في المبحث الأول لثلاثة تحديات تواجه هذا النظام، وعلى رأسها التحول الرقمي و"الصحة الرقمية"، لأن المركزين والنظام المقترح يعتمد على بنية رقمية متطورة خصوصا ما تعلق بجودة وحجم تدفق الأنترنت، أما التحدي الآخر فهو "جودة الخدمات الصحية" في الجزائر، فالرفع من جودة هذه الخدمات ضرورة ملحة، لكي نضمن استجابة عالية للمصابين أثناء الأزمات الصحية بما يسمح بتقليل الوفيات.

المبحث الأول: تحديات التحول نحو نظام لإدارة الأزمات الصحية

أي تطبيق لنظام إدارة الأزمات الصحية في الجزائر مستقبلا سيواجه مجموعة من التحديات أو العوائق، بسبب التأخر الذي تعيشه البلاد في التحول الرقمي الذي سينسحب بدوره على "الصحة الرقمية" التي أصبح التوجه لتطبيقها ضرورة ملحة في ظل التحديات التي أفرزتها جائحة "كوفيد-19".

تتعدد أساليب إدارة المنظمات الصحية، إذ لا يوجد أسلوب واحد متفق عليه، وكل أسلوب يتطلب تكييفا مع بيئة المؤسسة أو المنظمة الصحية لضمان تحقيق الأهداف المرجوة، سنتطرق في هذا المبحث لأسلوبين يُعتبران الأهم، فمؤسسات النظام الصحي في الجزائر مطالبة للتحول نحو تبني أحد الأسلوبين أو كلاهما، لرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية أثناء الأزمات الصحية.

المطلب الأول: تحدي التحول نحو الصحة الرقمية

يعالج هذا المطلب تحدي التحول نحو "الصحة الرقمية" لِما لها من أهمية في تحسين الصحة العامة والنهوض بها، كما لها دور بارز في إدارة الأزمات الصحية قبل وأثناء حدوثها، فقد كانت أحد عوامل نجاح إدارة جائحة "كوفيد-19" في عدة دول.

الفرع الأول: أهمية الصحة الرقمية

تزامنا مع جائحة "كوفيد-19" اعتبرت منظمة الصحة العالمية "الصحة الرقمية" "تشمل الصحة الإلكترونية (التي تشمل الصحة عبر الهاتف المحمول) إلى جانب المجالات الناشئة مثل استخدام علوم الحاسب المتقدمة في البيانات الضخمة وعلم الجينومات* والذكاء الاصطناعي"[1].

---

* الجينوم هو المادة الوراثية الكاملة المعروف بـ (DNA)، وعلم الجينوم هو أحد فروع علوم الوراثة الذي يهتم بدارسة الجينوم في الكائنات الحية، كما تم تطوير "علم الجينوم الحاسوبي" خلال ستينات القرن 20، يشير لاستخدام التحليل الحاسوبي لحل شفرة علم الأحياء من تسلسلات الجينوم والبيانات ذات الصلة.

[1] أيمن بوزانة ووفاء حمدوش، "التحول نحو استخدام تطبيقات الصحة الرقمية المستجدة كآلية لمواجهة فيروس كورونا (covid-19): عرض تجربتي دولتي الصين وكوريا الجنوبية"، *مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية* 17، ع.01، (2022): 177-178.

"الصحة الرقمية" تعبر على مجال المعرفة Knowledge والممارسات Practice المرتبطة بتطوير واستخدام التكنولوجية الرقمية، لتحسين الصحة والاهتمام بالمستهلك الرقمي من خلال العديد من الأدوات والوسائط الذكية والتقنيات المستجدة لدعم الخدمات الصحية، والاتجاه إلى اللامركزية في مجال الرعاية الصحية، وللتخفيف عن المستشفيات والعيادات المثقلة بالأعباء"[1]، وحسب الاتحاد الدولي للاتصالات توفر "الصحة الرقمية" فوائد وفرص مهمة من حيث[2]:

- تحسين الصحة العامة ومؤسسات الرعاية الصحية على سبيل المثال ما يتعلق بإجراءات المستشفيات والسجلات الصحية الإلكترونية (EHR) والمعلومات الصحية، ويمكن تحسين الحصول على الرعاية الجيدة من خلال التقاسم السريع للمعلومات والبيانات بين مقدمي الرعاية والأخصائيين في مؤسسات الرعاية الصحية؛
- دعم الأطباء: تحسين الإجراءات/العمليات الجراحية أو المشورة، بما في ذلك الجراحة عن بُعد، ويتيح استعمال تكنولوجيات "الصحة الرقمية" لمجموعة من العيادات الصحية النائية أو الساتلية استعمال هذه التكنولوجيات وتطبيقها للتشخيص عن بُعد والطب عن بُعد، وعلى سبيل المثال، أجرت المستشفيات في الصين عمليات جراحية عن بُعد مكّنتها تكنولوجيا الجيل الخامس مثل عمليات الكبد وزرع عوامل التحفيز العميق للدماغ ضد مرض الشلل الرعاش؛
- الصحة الشخصية والأجهزة المخصصة (أجهزة الاستشعار والشاشات وساعات اليد والهواتف المتنقلة) لأغراض المراقبة والتغذية الراجعة، واستُعملت الهواتف المتنقلة لالتقاط صور بالموجات فوق الصوتية عن بُعد لحصوات الكلى أو الحمل، وكذلك إجراء اختبارات المسحة، كما تطورت التطبيقات الطبية بسرعة، وكان هناك حوالي 325000 تطبيق من تطبيقات الصحة المتنقلة في جميع أنحاء العالم بحلول عام 2017، مما يمثل زيادة بنسبة 25 في المائة على أساس سنوي مقارنة بعام 2016؛

---

[1] بوزانة وحمدوش، "التحول نحو استخدام تطبيقات الصحة الرقمية،"، 178.

[2] "تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والصحة الرقمية"، الاتحاد الدولي للاتصالات، تصفح بتاريخ 26 أوت، 2020، https://bit.ly/3C1KcGm.

- تمكين عمليات التحليل والتنبؤ المحسّنة والأكثر دقة لمجموعات البيانات الصحية، بما في ذلك من خلال الذكاء الاصطناعي أو البيانات الضخمة أو عمليات المحاكاة باستعمال الواقع الافتراضي، ويمكن تجميع البيانات من الأجهزة الإلكترونية وأجهزة الاستشعار، مما يتيح التصوير والتشخيص وتحليلات البيانات من خلال الحوسبة عند الحافة؛
- تزيد القدرة على تسجيل البيانات عند نقطة الرعاية والتقاط الصور التي يمكن تحليلها باستعمال الذكاء الاصطناعي أو بواسطة خبراء عن بُعد بعيداً عن نقطة الرعاية، من إمكانية تقديم الرعاية الصحية الشاملة (UHC) عبر طيف من تخصصات الرعاية الصحية، ويمكن أيضا الاستفادة من بيانات الرعاية الصحية لتوفير رعاية وقائية مستهدفة لمجتمع محلي، وتعترف الحكومات بشكل متزايد بإمكانات الصحة الرقمية وفقا لمنظمة الصحة العالمية، كان حوالي 120 بلدا قد صاغ استراتيجيات في مجالات "الصحة الرقمية" أو الصحة عن بعد أو "الصحة الإلكترونية" بحلول منتصف عام 2018.

لابد من الإشارة بأن "الصحة الرقمية" أعم وأشمل من الصحة الإلكترونية، فهذه الأخيرة "هي عملية استخدام التقنيات المعلوماتية والاتصالية الحديثة في مجالات الصحة العامة وعلاقاتها بالمجالات التجارية والخدماتية؛ كما تشمل تطوير أساليب التفكير والاستخدامات في مجالات ربط الصحة العامة وجعلها شمولية وعالمية. بيد أنه مع تزايد الأخطار المتنامية بانتشار وباء "كوفيد–19" زاد تأثيره على النظم الصحية بصورة عامة"[1].

أقرت منظمة الصحة العالمية سنة 2020 "الاستراتيجية العالمية بشأن "الصحة الرقمية 2020–2025"، بعد عامين من العمل المشترك معتبرة التكنولوجيات الرقمية بمثابة رسم معالم مستقبل الصحة العالمية، وحددت منظمة الصحة العالمية رؤيتها لهذه الاستراتيجية من خلال:

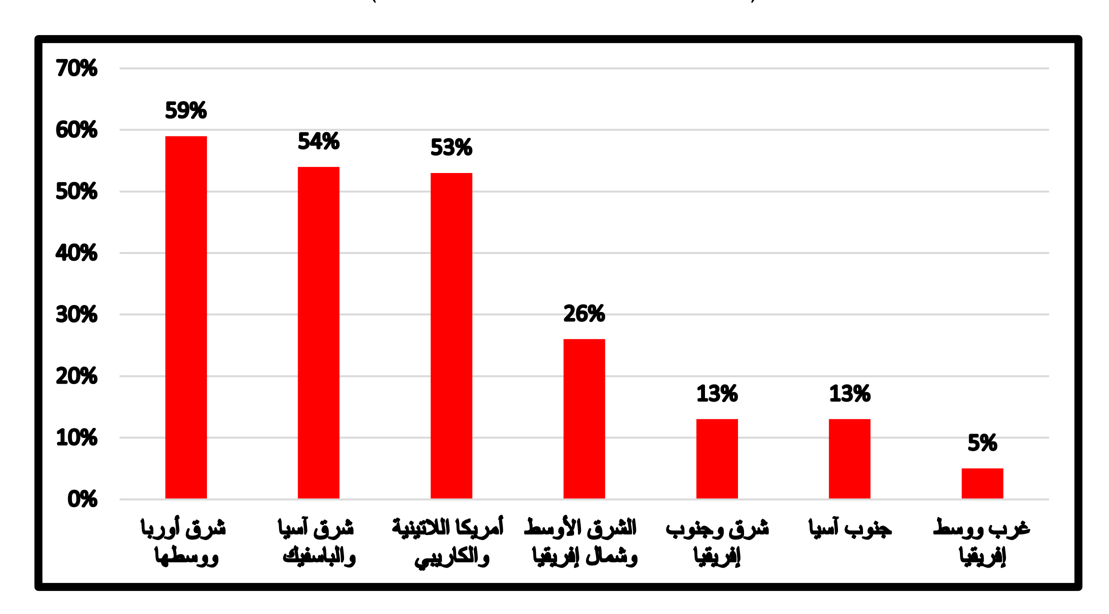
[1] بيزيد وبلخير، "الصحة الإلكترونية،"، 189–190.

"تتمثل الرؤية التي تقوم عليها الاستراتيجية العالمية في تحسين الصحة لكل إنسان وفي كل مكان عن طريق تسريع إعداد وتطبيق حلول "للصحة الرقمية" تركز على الشخص بحيث تكون ملائمة ومتاحة وميسورة التكلفة وقابلة للتوسع ومستدامة، للوقاية من الأوبئة والجائحات وكشفها والتصدي لها، وتطوير البنية التحتية والتطبيقات التي تمكّن البلدان من استخدام البيانات الصحية لتحسين الصحة والعافية، ولبلوغ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة وغايات المليارات الثلاثة المدرجة في برنامج العمل العام الثالث عشر للمنظمة للفترة 2019–2025"[1].

وضعت منظمة الصحة العالمية خطة تستهدف التحول نحو "الصحة الرقمية" خلال خمسة سنوات، تقوم على أربعة أغراض استراتيجية، ولكل غرض مجموعة من الخطوات والإجراءات[2]، لكن السؤال المطروح: هل بإمكان كل الدول تحقيق هذا التحول في ظل الفجوة الرقمية بين دول العالم؟.

شكل رقم 44: النسب المئوية للشباب والأطفال المتصلين بالإنترنت

(الأطفال متصلين بأنترنت المنزل)



Source: Amandeep Singh Gil and others, "The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world", *The Lancet* 398, no.10312, (2021): 1741.

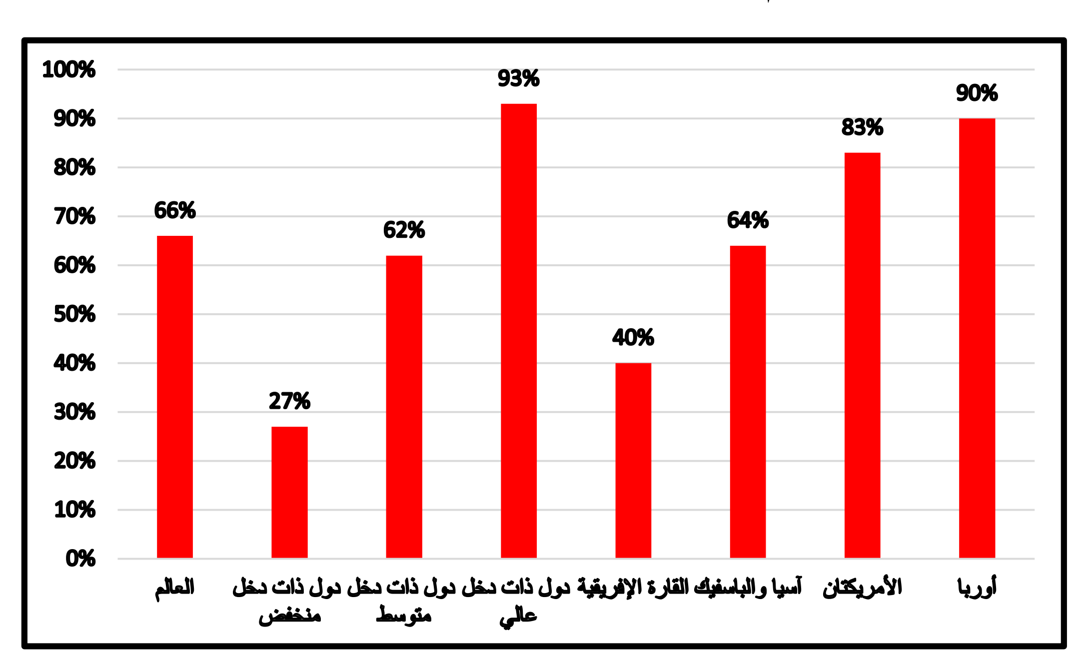
---

[1] منظمة الصحة العالمية، *"الاستراتيجية العالمية بشأن الصحة الرقمية 2020–2025"*، (2021)، https://bit.ly/3DIQ2xq، 09.

[2] لمزيد من التفاصيل يُنظر :

في ظل جائحة "كوفيد-19" نُشر تقرير بمجلة The Lancet بعنوان: "حوكمة مستقبل الصحة لعام 2030: النشأة في عالم رقمي"*، اعتبر التقرير بأن هناك فجوة رقمية بسبعة مناطق حول العالم خصوصا القارة الإفريقية وبعض المناطق من قارة آسيا، فأي تحول رقمي يعتمد بالضرورة على الوصول للأنترنت، لكن البيانات أظهرت بأن نسب فئتي الشباب والأطفال المتصلين بالأنترنت تمنع التحول نحو الصحة الرقمية حتى بالمناطق التي فاقت 50%.

شكل رقم 45: نسب الأفراد الذين يستخدمون الأنترنت



Source: International Telecommunication Union and United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *The State of Broadband 2022: Accelerating broadband for new realities*, (September 2022), 27.

في تقرير حديث للاتحاد الدولي للاتصالات أظهر حجم الفجوة بين مستخدمي الأنترنت في العالم، فإجمالا 66% يستخدمون الأنترنت بين دول العالم، لكن الدول ذات الدخل العالي يستخدم تقريبا جميع أفرادها الأنترنت، على عكس الدول ذات الدخل الضعيف، حيث 73% من أفرادها لا يستخدمون الأنترنت.

* هذا التقرير هو حصيلة تعاون بين صحيفة Financial Times ومجلة The Lancet، أعده 17 باحث وممثل عن الصحيفة والمجلة.

كما هو الحال دائما في المؤشرات الدولية تتذيل القارة الإفريقية الترتيب، بينما تحتل القارة الأوربية المرتبة الأولى فأغلب الأفراد في أوربا يستخدمون الأنترنت، تليها الأمريكتان، هذه النسب تؤكد بأن القارة الإفريقية بعيدة عن التحول "للصحة الرقمية"، بينما يبقى التحول في آسيا والباسفيك نسبي.

"بالرغم من تطور التوجه نحو تطبيقات "الصحة الرقمية" عالميا إلا أن استخدام هذه التطبيقات والتقنيات محفوف بالعديد من التحديات والمشكلات التي تظهر جليا في المشكلة الأخلاقية والقانونية وكذلك الرقمية، وعلى هذا الأساس برزت أهم التحديات الواجب مواجهتها لتبني استخدام تقنيات "الصحة الرقمية" في الرعاية الصحية، والمحددة في: نوعية المعلومات، وانتهاك خصوصية المرضى والأشخاص، واتساع الفجوة الرقمية، وإلغاء إنسانية الرعاية الصحية، حيث أن حتمية مواجهة هذه التحديات مرتبط بالعوامل المعيقة التي حددتها منظمة الصحة العالمية لاستخدام تقنيات "الصحة الرقمية" لدى الحكومات، والتي يتطلب مواجهتها من أجل تحقيق الأهداف التنموية الاجتماعية والأخلاقية، وتحقيق أمن المعلومات والبيانات وكل الجوانب القانونية بصفة عامة لحفظ الخصوصيات الشخصية للأفراد"[1].

الفرع الثاني: واقع الصحة الرقمية في الجزائر

أولا: واقع البنية الرقمية في الجزائر:

"رغم وضعها لسياسة خاصة بتطوير قطاع الاتصالات سنة 2000 هدفها توفير مناخ قانوني مؤسساتي يسمح بترقية المنافسة والولوج إلى مختلف خدمات الاتصالات، إلا ان الجزائر لم تكن لديها استراتيجية واضحة تسمح بتوفير بيئة رقمية مناسبة ومساعدة للتحول الرقمي، إلا أنه وفي سنة 2008 تمت بلورة استراتيجية سميت بـ "الجزائر الإلكترونية 2013" وكان من بين أهدافها: تسريع استعمال تكنولوجيات المعلومات والاتصالات في الإدارة العمومية، المؤسسات الاقتصادية وعند الأفراد، تطوير البنية التحتية الخاصة

[1] بوزانة وحمدوش، "التحول نحو استخدام تطبيقات الصحة الرقمية،"، 193-194.

بالاتصالات ذات التدفق العالي، التكوين وتطوير البحث والابتكار في هذا المجال، وكذلك تأهيل الإطار القانوني الخاص باستعمال هذه التكنولوجيا"[1].

جدول رقم 08: مؤشرات: الهاتف الثابت والنقال، الأنترنت، الألياف البصرية

المؤشر	2012	2014	2016	2020
عدد مشتركي الهاتف الثابت	3 289 363	3 098 787	3 404 709	4 709 374
عدد مشتركي الهاتف النقال	34 914 236	38 502 333	41 197 999	40 670 308
عدد مشتركي الأنترنت في الثابث	1 154 748	1 599 538	2 859 551	3 675 926
عدد مشتركي الأنترنت في النقال 3G	/	8 509 053	24 227 985	10 637 991
عدد مشتركي الأنترنت في النقال 4G	/	308 019	/	26 329 792
طول الألياف البصرية (كم)*	/	/	76 514	181 202

المصدر: وزارة البريد والمواصلات السلكية واللاسلكية، مديرية الإحصاء الدراسات والاستشراف، *تقرير التنمية لسوق الهاتف والإنترنت في الجزائر للسداسي الأول 2020*، (2020)، https://bit.ly/3BHDFiv، 07-02.

يظهر الجدول بأن المواطن يعتمد على الهاتف النقال أكثر من الهاتف الثابت، إذ هناك فجوة كبيرة بين أعداد المشتركين تصل لتسعة أضعاف، وهو ما ينسحب أيضا على عدد مشتركي الأنترنت الذي يفوق 36 مليون مشترك باحتساب مشتركي الجيل الثالث والرابع، كما أن هناك توجه للاشتراك في الجيل الرابع، عموما يبلغ مشتركي الأنترنت سواء الثابت أو النقال أكثر من 40 مليون مشترك، وهو ما نسبته 94,40% من مجموع سكان**

[1] سلمى بشاري، "تطوير الرقمنة في الجزائر كآلية لمرحلة ما بعد جائحة كورونا (كوفيد-19)"، *Les Cahiers du Cread*، 36، ع.03، (2020): 587.

* الألياف البصرية أو الضوئية Optical Fiber تعود فكرتها للقرن 18 لكن بدأ استخدامها منذ سنة 1977، تعتبر كبديل للكوابل النحاسية المعتمدة في إيصال الأنترنت للمنازل ومختلف المؤسسات، تتميز الألياف البصرية بنقل الأنترنت والبيانات والمعلومات بسرعة كبيرة جدا على عكس الكوابل النحاسية.

** مجموع مشتركي الأنترنت حسب الجدول هو: 709 643 40، وحسب بيانات البنك الدولي فعدد سكان الجزائر في سنة 2020 هو: 054 053 43، قد تكون النسبة الإجمالية للمشتركين بالأنترنت أقل إذا أخذنا بعين الاعتبار امتلاك مواطن أكثر من اشتراك في الأنترنت الخاص بالنقال، لكن تبقى هذه النسبة كبيرة جدا.

الجزائر، بالرغم من التقدم المحرز في طول الألياف البصرية خلال الفترة 2016-2020 إلا أنها تبقى غير كافية وبعيدة عن المأمول.

جدول رقم 09: مؤشرات اقتصادية خاصة بقطاع تكنولوجيات الإعلام والاتصال

المؤشر	2013	2015	2016	2017
رقم أعمال القطاع (مليار دينار)	459	532	444,5	448,17
عدد المؤسسات الاقتصادية بالقطاع	/	/	227770	239646
قيمة الصادرات (بالدينار)	43 014 545	/	681 079 456	1 229 871 885
قيمة الواردات (بالدينار)	180 948 026 633	/	266 889 014 588	242 424 437 594

المصدر: وزارة البريد والمواصلات السلكية واللاسلكية، مديرية الإحصاء الدراسات والاستشراف، *تقرير المؤشرات الاقتصادية*، (2018)، https://bit.ly/3C8qY1P.

بين سنتي 2013 و2015 حقق رقم أعمال القطاع تطور ملحوظ، لكن عرف تراجعا خلال سنتي 2016 و2017، على عكس عدد المؤسسات الاقتصادية التي عرفت ارتفاعا فاق11 ألف مؤسسة، واضح بأن هناك فجوة كبيرة بين الصادرات والواردات، إذ تعتمد الجزائر بشكل كبير على الاستيراد في هذا القطاع.

جدول رقم 10: مؤشرات* دولية خاصة بالحكومة الإلكترونية والأنترنت

المؤشر	2012	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021
ترتيب مؤشر الحكومة الإلكترونية	132	136	136	150	130	/	120	/
ترتيب مؤشر الاتصال بالأنترنت العالمي	/	/	74	70	70	69	69	/
ترتيب مؤشر الاتصال بالأنترنت المحمول العالمي	/	105	103	102	107	108	/	/
ترتيب مؤشر Speed test للأنترنت	/	/	/	/	134	173	141	126

المصدر:

- وزارة البريد والمواصلات السلكية واللاسلكية، مديرية الإحصاء الدراسات والاستشراف، *تقرير المؤشرات الدولية المتعلقة بقطاع البريد*، (جانفي 2021)،https://bit.ly/3C5hkwL ، 03-04.
- منير ركاب، "الجزائر الأخيرة عالميا في مجال سرعة الانترنت"، الشروق أونلاين، تصفح بتاريخ 25 أوت، 2022، https://bit.ly/3C02UNt.
- وهيبة سليماني، "الجزائر في ذيل ترتيب الدول من حيث سرعة الانترنت!"، الشروق أونلاين، تصفح بتاريخ 25 أوت، https://bit.ly/3LDXYSE.
- “Algeria Median Speeds August 2022”, Speed test, accessed in 25 August, 2022, https://bit.ly/3fe2efs.

ترتيب الجزائر في مؤشر الحكومة الإلكترونية يؤكد بُطء التحول الرقمي الذي انطلق منذ سنوات، وهو ما ينعكس أيضا على مؤشرات الأنترنت، فالجزائر من أكثر الدول ضعفا

* – **مؤشر الحكومة الإلكترونية:** يصدر عن الأمم المتحدة لتقييم تطور الحكومة الإلكترونية للدول الأعضاء 193، يعتمد على ثلاث مؤشرات قياسية هي: البنية التحتية للاتصالات، رأس المال البشري، الخدمات عبر الأنترنت.

– **مؤشر الاتصال بالأنترنت العالمي:** يصدر عن شركة "هواوي" يشمل 79 دولة، يعتمد على أربعة مؤشرات فرعية هي: العرض، الطلب، الخبرة القدرة المحتملة.

– **ترتيب مؤشر الاتصال بالأنترنت العالمي:** طورته مؤسسة GSMA لقياس المحركات الرئيسية لاتصال الإنترنت للهاتف المحمول في 170 بلد، يتكون من أربعة مؤشرات: البنية التحتية، القدرة على تحمل التكاليف، جاهزية المستهلك، المحتوى والخدمات.

– **مؤشر Speed test للأنترنت:** مؤشر طورته شركة "أوكلا" لاختبار كفاءة وسرعة الأنترنت في مختلف دول العالم.

في الاتصال بالأنترنت، علاوة على سرعة التدفق التي تبقى بعيدة عن السرعة التي بلغتها كثير من دول العالم.

ثانيا: التحول نحو "الصحة الرقمية"... بين ضعف المؤشرات وضرورات التحول:

أظهرت المؤشرات السابقة بأن هنالك أكثر من 40 مليون مشترك في خدمات الأنترنت، وهو عامل إيجابي لكن غير مستغل، كما أظهرت المؤشرات الأخرى تذيل الجزائر المراتب في الاتصال بالأنترنت وسرعتها، والذي يعتبر عامل إعاقة لأي تحول، فالمنصات الرقمية الصحية أو البيانات الصحية الرقمية تحتاج لتدفق عالي للأنترنت.

تعاني أيضا شبكة الأنترنت في الجزائر من مشكل التذبذب والانقطاعات المتكررة، بسبب الاعتماد على الكوابل النحاسية، وبُطء مشاريع التحول نحو الألياف البصرية، هناك أيضا ضعف في إدارة ملف رفع سرعة تدفق الأنترنت منذ سنوات.

لقد شكلت جائحة "كوفيد-19" دافعا للتحول نحو "الصحة الرقمية" في الجزائر، إذ أظهرت حجم التأخر الذي تعيشه البلاد في هذا المجال، فبينما كانت "الصحة الرقمية" عامل نجاح في إدارة أزمة "كوفيد-19" ببعض الدول الرائدة في إدارة الجائحة، كانت بالجزائر عامل ضعف بسبب التأخر المسجل، ولقد تم إنشاء خلال الجائحة منصتين رقميتين هما:

أ- المنصة الإلكترونية لتتبع تطور فيروس كورونا في الجزائر:

"لقد كانت المنصة الرقمية لرصد تطورات فيروس "كوفيد-19" بالجزائر، عبر البوابة الإلكترونية الخاصة بوزارة الصحة، كنتيجة لتوجه الدولة نحو تطوير المحتوى الرقمي والخدمات عبر الأنترنت في الجزائر، والتحول الرقمي التدريجي في مختلف المجالات، وعلى مستوى كافة المؤسسات"[1].

"لا تقتصر الخصائص التي تتيحها هذه المنصة على تتبع آخر التطورات المتعلقة بانتشار فيروس كورونا في الجزائر، برصد إحصائيات حالات الإصابة والشفاء والوفيات الجديدة، في كل يوم على مستوى كافة ولايات الوطن من خلال الخريطة الوبائية، إنما تمتد

---

[1] خلود كلاش وسميحة بوحفص، "بروز معالم الصحة الإلكترونية كآلية لمجابهة فيروس كورونا في الجزائر"، *مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية* 17، ع.01، (2022): 343.

إلى كون هذه المنصة تتولى تقديم المعلومات والمستجدات للمواطن، وكذلك نصائح توعوية سواء حول المرض أو إجراءات الوقاية، باعتبارها جزء من التدابير المتخذة لمواجهة هذا الوباء"[1]، ينبغي الإشارة بأن هذه المنصة أصبحت معطلة، فأثناء إعداد هذه الدراسة حاولنا الدخول للمنصة للاستعانة بالإحصيات المتعلقة بـ "كوفيد–19" في الجزائر لكن دون جدوى، وهو ما دفعنا للاستعانة بموقع منظمة الصحة العالمية وبيانات البنك الدولي في الفصل الثالث.

ب- المنصة الإلكترونية للاستشارة الطبية عن بعد "الطبيب ديزاد" ETABIB DZ:

"هي منصة إلكترونية مبرمجة ومطورة وفق معايير عالمية، تأسست من طرف شركة جزائرية ناشئة منذ عام 2016، عاملة في مجال الحلول الذكية بالقطاع الصحي (شركة ابن حمزة للبحث والتطوير)، وبتأسيس من قبل ممارس طبي متخصص في تكنولوجيا المعلومات (الطبيب مصطفى نبيل)، تعد أهم المشاريع الرقمية المبتكرة في الجزائر، تضم فريق من الشباب المتطوعين والمؤهلين تأهيلا عاليا، كانت انطلاقتها تزامنا مع تفشي الوباء في الجزائر منذ ماي 2020، تتولى هذه المنصة تقديم خدمات مجانية عن بعد للاستشارة الطبية، باستخدام الهاتف أو الحاسوب في فترة الحجر المنزلي، وتمنح المرضى الجزائريين إمكانية استئناف مواعيدهم الطبية، في ظل الإجراءات الاحترازية المتخذة للحد من فيروس كورونا، للتخفيف من الانتقال للمؤسسات الصحية"[2].

جاء في المادة 292 من قانون الصحة رقم 18–11 "يتعين على الهياكل والمؤسسات العمومية والخاصة للصحة إعداد ملف طبي وحيد معلوماتي لكل مريض وتحيينه. ويجب عليها الحفاظ على سرية المعلومات التي في حوزتها"[3]، بعد صدور هذا القانون أطلقت وزارة الصحة تطبيق "صحتي" الذي "يحدد على المستوى الوطني أماكن تواجد الصيدليات المفتوحة خلال النهار والصيدليات المناوبة [...]، كما يحدد التطبيق المؤسسات الاستشفائية وأنشطتها الطبية والجراحية والاستعجالات وكذا الهياكل الجوارية (العيادات متعددة الخدمات وقاعات

[1] كلاش وبوحفص، "بروز معالم الصحة الإلكترونية،"، 344.

[2] المرجع نفسه، 344.

[3] قانون الصحة رقم 18–11 مؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 2 يوليو سنة 2018، يتعلق بالصحة (الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، ع.46، الصادرة بتاريخ: 16 ذو القعدة عام 1439 الموافق 29 يوليو سنة 2018)، المادة 292.

العلاج)"[1]، اطلعنا على التطبيق بعد تحميله، فقد بلغ عدد مرات تحميل التطبيق حوالي 11 ألف فقط منذ سنة 2018، كما لا توجد به أية معطيات التي أنشأ من أجلها.

أولى بدايات تطبيق ما جاء في المادة السابقة كان في 19 ماي 2021، حين "أشرف وزير الصحة، [...] عن إطلاق أول نموذج تجريبي لمستشفى رقمي في الجزائر، وأعلن وزير الصحة، عبد الرحمان بن بوزيد، رسميا إطلاق أرضية رقمية، تتضمن قاعدة بيانات تحمل الملف الطبي الالكتروني للمريض"[2]، "وذكر وزير الصحة عن وجود مشروع رقمنة العلاقات التعاقدية مع هيئات الضمان الإجتماعي، وكذلك اعتماد رقم التعريف الوطني الخاص ببطاقة التعريف البيومترية لأول مرة ودمجه في الملف الطبي الإلكتروني الذي يتضمن المعلومات الصحية الدقيقة للمريض"[3].

"وتتمثل باقي المشاريع التي كشف عنها بن بوزيد في رقمنة الإدارة المركزية وربطها بالمؤسسات الصحية وتسهيل ومعالجة الملفات، وكذلك رقمنة مخططات النشاط حتى يسمح بتقييم الجانب المادي والبشري للهياكل الصحية، أمام المشروع الأخير فهو الصيدلية المركزية الإلكترونية الذي يشتمل على قاعدة بيانات المستهلك ومعرفة احتياجات المستشفيات بدقة للتمكن ترشيد النفقات"[4].

يتميز التحول نحو الصحة الرقمية بالبطء الشديد بالرغم من الدافعية التي أوجدتها جائحة "كوفيد-19"، فالمستشفى الرقمي والملف الطبي الإلكتروني لم يتم تعميمه بعد على مؤسسات صحية أخرى، علاوة على افتقار الجزائر لبنية رقمية متطورة كما أظهرته المؤشرات، التي ستكون عائقا نحو التحول الرقمي والتحول نحو "الصحة الرقمية".

---

[1] "وزارة الصحة تضع تطبيقا على الهواتف النقالة يحدد أماكن تواجد الصيدليات والمستشفيات"، وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح بتاريخ 19 أوت، 2022، https://bit.ly/3r5Mez2.

[2] نسرين محفوف، "إطلاق أول نموذج تجريبي لمستشفى رقمي في الجزائر"، النهار أون لاين، تصفح بتاريخ 19 أوت، 2022، https://bit.ly/3Smef0K.

[3] "إطلاق مشروع المستشفى الرقمي"، اليوم، تصفح بتاريخ 19 أوت، 2022، https://bit.ly/3rbLzM9.

[4] المرجع نفسه.

المطلب الثاني: تحدي التحول نحو إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات النظام الصحي

"إن "الجودة الشاملة" في تقديم الخدمات الصحية تعتبر عملية وليست برنامج، فالبرنامج له بداية ونهاية، في حين أن العملية لا نهاية لها، فهي مستمرة أي أن الرعاية الصحية ينبغي بدؤها وتقديمها وتقييمها وتحسينها ورصدها باستمرار حتى بعد شفاء المريض من مرضه، إذ أن الرعاية تشمل أيضا تمام العافية وتعزيز الصحة والوقاية من المرض. ثم إن الرعاية التي يبدأ الفرد بتقديمها ينبغي أن يواصلها غيره في حالة نقله لضمان استمرارية الرعاية، حيث أن الرعاية المتقطعة ليست من نظام الجودة في شيء ولا يمكن الوفاء بالمعايير المنشودة في ظل تلك الظروف، من هنا كلما توفرت أبعاد الجودة في الخدمات الاستشفائية كلما دل ذلك على ارتفاع مستوى جودة تلك الخدمات المقدمة"[1].

الفرع الأول: أهمية وفوائد إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات النظام الصحي

"جودة الرعاية الصحية هي الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة ضمن إطار اقتصادي معين وموازنة للمخاطر بالفوائد، بما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة"[2].

"وبعبارة أخرى فجودة الرعاية الصحية من منظور "إدارة الجودة الشاملة" يتمثل في جودة الرعاية الفنية المقدمة للمريض، أي الجانب التقني، المعارف والمهارات التي تساهم في تقديم العلاج من أطباء وممرضين ومشغلي الأشعة والتحاليل وغيرها والحرص الشديد على ألا يتعرض المريض لأية خطر محتمل سواء تعلق الأمر بالعدوى الاستشفائية أو غيرها، بالإضافة إلى جودة فن الرعاية المقدمة للمريض ويتعلق هذا العنصر بالعلاقات الإنسانية بين الطاقم العلاجي والمريض ومرافقيه أي قبول الخدمات من طرف المريض وأهله والرضى التام وإشباع حاجة

---

[1] علي جابة ومريم سرارمة، "إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات" (ورقة مقدمة للملتقى الوطني حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجا"، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، 10-11 أفريل، 2018)، 12-13.

[2] نور الدين حاروش، *الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة* (عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012)، 168.

المريض، وكذا العدالة في تقديم الخدمات وفعالية الأطراف المشتركة في العملية العلاجية وسهولة الحصول على الخدمة الصحية، دون إهمال التوازن في تخصيص الموارد والإمكانيات المتاحة"[1].

إن أهمية تطبيق "إدارة الجودة الشاملة" في المؤسسات الصحية تكمن في اعتبارها أحد المراحل الأساسية لتحسين أداء المؤسسات وتقديم الجودة العالية، والتي يترتب عليها تحقيق رضاء العميل باعتباره مفتاح النجاح لأي مؤسسة، حيث أن طبيعة المنافسة العالمية الواسعة والشاملة تتطلب بصفة عامة من أي مؤسسة أربعة خصائص رئيسية هي[2]:

- فهم ماذا يريد العميل وإشباع احتياجاته وقت طلبها وبأقل تكلفة؛
- الإمداد بالسلع والخدمات بجودة عالية وبشكل ثابت ومستمر؛
- مجاراة التغيير في النواحي التكنولوجية والسياسية والاجتماعية؛
- توقع احتياجات العميل في الفترات الزمنية المستقبلية، لذا فإن تطبيق مفهوم "إدارة الجودة الشاملة" يمكن أن يحقق جملة من الفوائد، يمكن تلخيصها في الآتي:
  - تخفيض شكاوي العملاء من جودة ما يقدم لهم من خدمات؛
  - تخفيض تكاليف الجودة وزيادة رضاء العملاء؛
  - تخفيض شكاوي العاملين وانخفاض نسبة الحوادث؛
  - زيادة الربحية نتيجة جذب عملاء جدد لهم الرغبة في دفع مقابل أكبر للحصول على خدمة ذات جودة متميزة؛
  - تحسين الاتصال والتعاون بين وحدات المؤسسة؛
  - تحسين العلاقات الإنسانية ورفع الروح المعنوية؛
  - زيادة الابتكارات والتحسين المستمر؛
  - تحفيز العاملين بسبب وجود اتجاهات ايجابية لديهم نحو عناصر المناخ التنظيمي؛
  - تحسين الأداء بشكل عام مما يؤدي إلى تدعيم المركز التنافسي للمؤسسة.

---

[1] حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، 168-169.

[2] عاشور مزيرق، "إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات" (ورقة مقدمة للملتقى الوطني حول إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسات، جامعة د. الطاهر مولاي سعيدة، 07-08 ديسمير، 2010)، 07.

الفرع الثاني: عناصر إدارة لجودة الشاملة في مؤسسات النظام الصحي

وضع الأستاذ الباحث "نورالدين حاروش" ستة عناصر هي كالتالي[1]:

- **فعالية الرعاية والمقصود بها:** درجة تحقيق الإجراءات الصحية والعلاجية المستخدمة للنتائج المرجوة منها والاهداف المسطرة أي أن تؤدي الرعاية الصحية إلى تحسن متوسط العمر –متوسط الأمل في الحياة– مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر؛
- **الملاءمة:** وهي اختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة المريض والتي تستجيب لها حالته المرضية في الزمان والمكان.
- **القبول:** يعني قبول المريض وأفراد عائلته والمجتمع برمته الإجراءات والاستخدامات والبرامج الصحية المعتمدة من طرف المستشفى أو الهياكل الصحية الأخرى؛
- **إمكانية الحصول على الخدمة الصحية:** وهي أن طالب الخدمة الصحية مهما كان نوعها كالاستعجال أو الفحص أو الكشف أو التحاليل أو مواعيد الاستشارة والمراجعة والمراقبة يحصل عليها المريض في الوقت المناسب حتى لا تتعرض حالته الصحية لمضاعفات أخرى؛
- **العدالة:** وهي تقديم العلاج لطالبه وذلك حسب حاجته وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية.
- **الكفاءة:** الاستخدام الأمثل للموارد المادية والمالية والبشرية دون التقصير أو إهمال لاحتياجات المرضى الآخرين الذين سيأتون في المستقبل، لأنه لا أحد يعلم متى يمرض ومتى يحتاج للرعاية الصحية.

الفرع الثالث: مقومات إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات النظام الصحي

"إن مقومات "إدارة الجودة الشاملة" في الرعاية الصحية متعددة الأساسيات أو العناصر تتطلب التزاما وتعهدا من طرف جميع صانعي الخدمة الصحية، وتكريس كل الجهود نحو توفيرها، وذلك تحقيقا للهدف الأسمى للرعاية الصحية وهو الرقي بصحة المجتمع والمحافظة عليها، وهذا الهدف يتطلب تطوير وتحسين جميع النشاطات والعمليات والوظائف

[1] حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، 169-170.

والنظم الإدارية والسريرية والفنية في المنظمات الصحية"[1]، وقد حددت المفوضية المشتركة الأمريكية لاعتماد المستشفيات ستة مقومات تتلخص في العناصر التالية[2]:

- التركيز على الجودة كأولوية واعتبارها قضية مركزية في المستشفيات وتوجيه كل نشاط المنظمة الصحية نحو الجودة، واندماج القيادة الإدارية في عملية التحسين والرقي بها؛
- التركيز على المستهلكين والاهتمام بمطالبهم وتطلعاته والحصول على التغذية العكسية؛
- التركيز على العمليات ووصف العمليات الإدارية والسريرية وتبني مدخل النظم (تكامل المدخلات والعمليات والمخرجات) والاعتماد على العمل الجماعي متعدد الخبرات؛
- القياس واستخدام المعلومات والبيانات لتبيان التباين ومعرفة السبب؛
- التحسين المستمر وهو الالتزام والتعهد الصادق لتحسين الأداء.

الفرع الرابع: برنامج التحول نحو إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات النظام الصحي

بعد دراسة مطولة حول "الإدارة الصحية" في الجزائر توصل الباحث حاروش المتخصص في السياسات الصحية والإدارة الصحية إلى أن المؤسسات الصحية في الجزائر لازالت بعيدة عن تطبيق أساليب الإدارة الحديثة، فالتركيز كان على بناء المؤسسات الصحية المختلفة، لكن تم إهمال تطبيق "إدارة الجودة الشاملة" في المؤسسات الصحية، وعليه يمكن القول بأن النجاح في تطبيق نموذج "إدارة الجودة الشاملة" يتطلب أولا التزام القيادة السياسية والإدارية في وضع برامج الجودة وتطبيقها[3]، وقد اقترح الباحث البدء بمايلي[4]:

- وضع الاستراتيجية الممكنة لتحسين وتأمين نوعية الخدمة وسلامتها؛
- وضع الجودة المناسبة وسلامتها كهدف أساسي للاستراتيجيات الوطنية في تطبيق الرعاية الصحية؛
- وضع معايير الأداء لضمان الجودة في المرافق الصحية؛

---

[1] حاروش، الإدارة الصحية: دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني، 209.

[2] المرجع نفسه.

[3] المرجع نفسه، 446-447.

[4] المرجع نفسه.

- توزيع الإمكانيات المتوفرة، المادية والمالية والبشرية بشكل عادل؛
- تصميم وسائل جيدة للإدارة والتقويم والإشراف؛
- المقابلات بين التقنيين والإداريين لتشكيل روح الفريق؛
- البدء في تطبيق أبعاد الجودة في بعض المناطق ثم تعمم؛
- من الضروري إنشاء مجلس إدارة للجودة في القطاع الصحي في كافة مستوياته؛
- أهمية التنسيق بين تطبيق الخدمات وسلامتها في جميع المستويات؛
- عقد الندوات وحلقات الدراسة وجلسات للمناقشة؛
- إيجاد الطرق والمعايير لقياس الجودة مع إشراك الجميع؛
- وضع أنشطة التدريب للمعلمين في مدارس الصحة والمعاهد ومدراء المؤسسات الصحية؛
- دعم طرق البحث للوصول إلى أفضل طريق لتحسين وتطوير الجودة؛
- القيادة الكفؤة والالتزام الفاعل المستمر، فلا معنى لبرنامج الجودة بدونهما.

المطلب الثالث: تحدي التحول نحو الحوكمة الصحية في مؤسسات النظام الصحي

"الحوكمة الصحية" أحد أساليب تسيير وإدارة النظم الصحية، فهي تستهدف تفعيل وتطوير مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، وعليه سيتناول هذا المطلب مجموعة من العناصر تبين أهمية ومبادئ "الحوكة الصحية" مع تحديد أطرافها المتفاعلة، كما سيتطرق هذا المطلب في الأخير "للحوكمة الإكلينيكية" التي تعتبر عنصر حديث منبثق عن "الحوكمة الصحية".

الفرع الأول: أهمية الحوكمة الصحية

"تعد "الحوكمة الصحية" من المداخل الحديثة للتسيير في مجال تسيير المؤسسات الصحية التي كانت فيما مضى تركز فقط على تسيير الهياكل الصحية وتوفير المواد اللازمة لتغطية الطلب الصحي، أما اليوم فقد تطورت لتركز أكثر على إدارة العمليات ودعم الأنشطة الصحية بغية توفير خدمات صحية ترقى لمستوى تطلعات المرضى. "فالحوكمة الصحية"

تغطي جميع الأنشطة والسياسات والإجراءات التي تساعد في تحسين نوعية الرعاية الصحية المقدمة"[1].

"حوكمة قطاع الصحة (سواء كانت وزارة أو منظمة تخدم مجتمع معينا) ينظم بهدف تحسين وحماية وتعزيز صحة الأشخاص، ولتعزيز "الحوكمة الرشيدة" يجب على مديري القطاع الصحي على جميع المستويات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أن يصبحوا على دراية أكبر بالحوكمة، والأشكال والممارسات الجديدة للهيئات الإدارية، تظهر الأدلة في الأدبيات بشكل متزايد أن الحوكمة الفعالة تحسن أداء النظام الصحي والنتائج الصحية"[2].

تبرز أهمية "الحوكمة الصحية" في ضمان الرفع من مستوى أداء المؤسسة الصحية، والتحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة، وهذا من خلال التركيز على مجموعة من النقاط نذكر منها مايلي[3]:

- التركيز على تحسين الأداء في المؤسسات الصحية، والرفع من كفاءة العنصر البشري؛
- السعي من أجل ضمان رضا المريض؛
- التركيز على التحديات المتداخلة التي تواجه المؤسسات الصحية؛
- السعي نحو الانفتاح والشمولية في علاقات المؤسسة الصحية مع الأطراف المجتمعية والمواطنين؛
- ضمان استمرار تحسين عمليات الجودة من خلال متابعة العمليات والأنشطة ومستويات الأداء؛
- ترتيب أوليات التعلم والتطوير المطلوبة للعاملين بما يضمن وجود قوة عمل لديها مهارات مناسبة؛
- إدخال النظم لدعم الممارسة الطبية على الأدلة وإصدار التوجيهات من الطب المبني على الدليل؛

---

[1] سهام شعبان ومجيد شعباني، "بطاقة الأداء المتوازن الصحية كأهم أداة حديثة لتفعيل الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية"، *مجلة دراسات وأبحاث* 12، ع.04، (2020): 439.

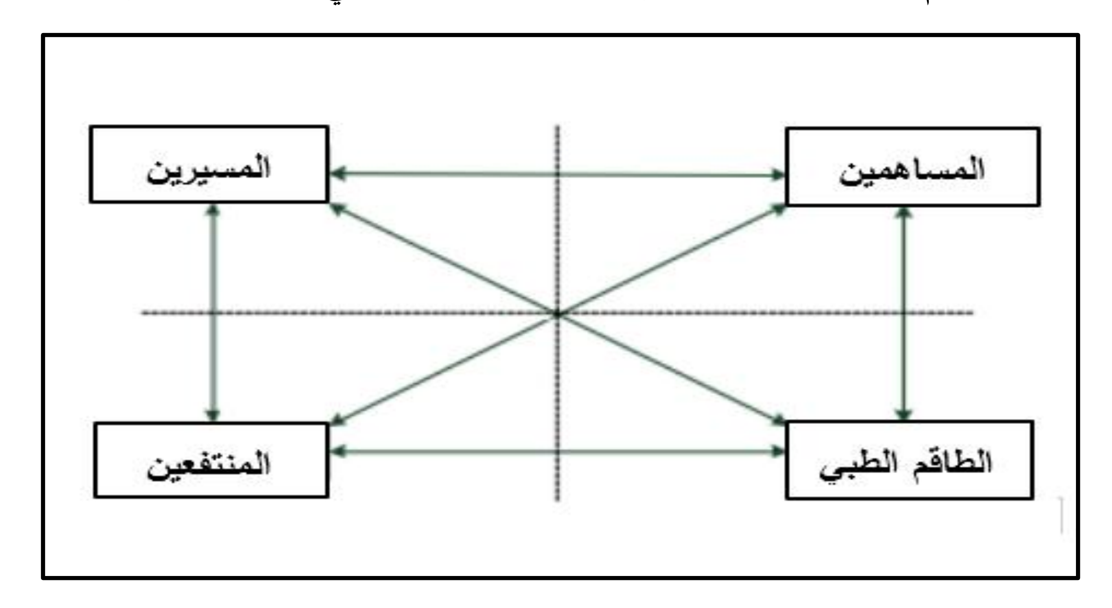
[2] عمار بلعادي وعادل عقون، "تبني مفهوم الحوكمة في تسيير النظام الصحي" (ورقة مقدمة للملتقى الوطني حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجا"، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، 10-11 أفريل، 2018)، 05.

[3] شعبان وشعباني، "بطاقة الأداء المتوازن الصحية كأهم أداة حديثة،"، 439-440.

- ضمان كون الترتيبات والمساءلة والقيادة مطبقة على جميع العاملين في كل الأقسام، وذلك من أجل تعزيز ثقافة تعلم نزيهة ومنفتحة؛
- توفير بيانات عالية الجودة تساعد في متابعة مسار الرعاية الصحية داخل المؤسسات الصحية؛
- ضمان التعلم من الشكاوى والمعلومات والدعاوي القضائية والمطالبات عبر التحليل المنهجي لها؛
- ضمان النشر المنتظم للممارسات والأفكار والابتكارات الجيدة؛
- العناية والحفاظ على المنشآت والأجهزة؛
- الملاحظة والإشراف والرقابة على جميع الممارسين للطب؛
- مراجعة المسؤولية والمساءلة بهدف تحسين الجودة وضمان الأمن في كل ما يتعلق بالمرض.

الفرع الثاني: **أطراف الحوكمة الصحية**

شكل رقم 46: تداخل العلاقات بين الأطراف ذات العلاقة في "الحوكمة الصحية"



المصدر: شعبان سهام، "آليات حوكمة قطاع الصحة في الجزائر ودورها في تحسين الخدمة الصحية – دراسة ميدانية–" (أطروحة دكتوراه، جامعة أمحمد بوقرة بومرداس، 2020/2021)، 25.

حسب "الحوكمة الصحية" هناك أربعة أطراف ذات العلاقة، فالمرضى هم المنتفعين من الخدمات الصحية المقدمة، أما الطاقم الطبي فهو الذي يقدم الخدمات الصحية التي

يجب أن تكون ذو جودة عالية، بينما المساهمين كوزارة الصحة مثلا يعمل على تحقيق التوازن المالي، أخيرا المسيرين هم الطاقم الإداري الذي يسير المؤسسة الصحية وهم المسؤولون عن أداء المؤسسة الصحية، "فحسب مفهوم "الحوكمة الصحية" فإن ضعف أداء المؤسسة الصحية يرد إلى تضارب المصالح بين الأطراف ذات العلاقة، وإلى ضعف كفاءة ودور المسير في تحكيم هذا الصراع وخلق مساحة توافق بين مختلف الأطراف ذات العلاقة"[1].

أما منظمة الصحة العالمية فتعتبر بأن هناك ثلاث أطرف تتفاعل في إطار "الحوكمة الصحية"، هي[2]:

- **الدولة:** وتشمل المنظمات والوكالات الحكومية على المستوى المركزي والمحلي؛
- **مقدمي الخدمات الصحية:** تتمثل في الخدمات الطبية والشبة طبية التي يقدمها القطاع العام والخاص، إضافة إلى ما تقدمه مؤسسات المجتمع المدني، وشبكات الرعاية؛
- **المواطن:** هو الذي يتلقى الخدمات الصحة ويتفاعل مع مقدميها.

الفرع الثالث: مبادئ الحوكمة الصحية

"من بين المشاكل التي تواجه دراسة الحوكمة في المؤسسات الصحية عدم وجود إجماع علمي كلي واضح لتحديد مبادئها، بل إن المؤسسة الصحية التي تسعى لتبني نظام الحوكمة عليها تحديد المبادئ الأساسية التي تراها ضرورية لنشاطها، بالاعتماد طبعا على مختلف المبادئ التي أصدرتها المؤسسات والمنظمات الدولية المعنية والمهتمة بدراسة الحوكمة"[3]. لذا سنحدد مجموعة من المبادئ الأساسية "للحوكمة الصحية" والتي يمكن تبنيها من طرف مختلف المؤسسات الصحية[4]:

- **الشفافية:** يقصد بها قياس مدى توفير المعلومات وسهولة الحصول عليها، ودرجة الانفتاح والاتاحة لمختلف الأطراف ذات المصلحة؛

[1] شعبان، آليات حوكمة قطاع الصحة في الجزائر، 24.

[2] “Effective Health System Governance for Universal Health Coverage UHC”, WHO, accessed in 27 August, 2022, https://bit.ly/3dKz5bq.

[3] شعبان وشعباني، "بطاقة الأداء المتوازن الصحية كأهم أداة حديثة،"، 440.

[4] المرجع نفسه، 440–441.

- **المساءلة:** وفيها يتم قياس الممارسات والخطوات التي يتم اتباعها لضمان المحاسبة المالية والقانونية والادارية والسياسية لمختلف الجهات الفاعلة في المؤسسة الصحية، فهي تمكين المرضى وذوي الحقوق والأفراد من مراقبة ومساءلة المسؤولين دون تمييز لسبب مناصبهم عن كيفية استخدام الموارد العامة والمقصرين في تحقيق النتائج، من خلال قنوات وأدوات خاصة لذلك، وفي وجود الشفافية والوضوح والدقة في المعلومات، فلا وجود للمساءلة بدون شفافية؛
- **المشاركة:** ويقصد مدى انخراط الأطراف ذات المصلحة في اتخاذ القرار على مستوى المؤسسة الصحية، وأهمها مشاركة المرضى؛
- **تسيير المخاطر الصحية:** هي عملية منهجية تقوم على تحديد تقييم ومعالجة الأخطار من خلال برنامج مصمم بشكل جيد يسمح له بالمراقبة وتقليل الأخطار في حال حدوثها إلى أدنى حد ممكن، ويجب على المؤسسة الصحية مراعات الأخطار التالية:

- **مخاطر على المرضى:** إدارة المخاطر بالنسبة للمريض تقوم على المراجعة الدورية لنظام تقديم الرعاية الصحية من أجل تقليل وقوع الأخطاء والحوادث إلى أدنى حد ممكن، والتعلم من الخطأ لكيلا يتكرر مستقبلا فالمريض يسعى للحصول على خدمات ذات مستوى عال من السلامة والجودة.
- **مخاطر على الممارسين:** وتكون من خلال توفير بيئة آمنة وسليمة تشجع على العمل والعطاء، حماية للممارسين من العدوى الاستشفائية من مجموعة من الإجراءات مثل التطعيم.
- **مخاطر على المؤسسة:** تعتبر جودة الخدمات المقدمة معيار على سلامة المؤسسة فانخفاض الجودة وارتفاع نسبة الأخطار على المرضى والممارسين، قد يشكل تهديد على استمرارية المستشفى لذا فعليه من البداية توفير الممارسين ذو الكفاءة والمهنية وكذا توفير بيئة سليمة محفزة لنشاطهم.

الفرع الرابع: "الحوكمة الإكلينيكية"

"الحوكمة الإكلينيكية" أحد الأساليب الحديثة في إدارة المستشفيات، هي امتداد "للحوكمة الصحية"، تركز على المستشفى كوحدة تحليل لرفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

> "تغطي "الحوكمة الإكلينيكية" جميع الأنشطة والسياسات والإجراءات التي تساعد في تحسين والحفاظ على مستويات عالية في الرعاية، بما يمكن المرضى من الحصول على أفضل علاج ممكن. ومن المؤكد أنه لم يعد بإمكان المستشفيات اليوم البقاء دون تقديم خدمات عالية الجودة للمجتمعات التي تعمل في نطاقها. وتضع "الحوكمة الإكلينيكية" تقديم رعاية عالية الجودة على نفس المستوى من أهمية الأداء التشغيلي والمالي، وتساعد المستشفيات على البقاء والمنافسة في البيئة المعقدة الراهنة، تسعى "الحوكمة الإكلينيكية" إلى خلق طرق للعمل تتطابق مع الأطر والمعايير الداخلية في المؤسسة، وبما يبني ثقة المريض في أنه سيلقى دوما رعاية صحية آمنة وملاءمة معايير الجودة، و"الحوكمة الإكلينيكية" مصطلح جامع يشمل طيفا من الأنشطة التي يجب أن يشترك فيها الأطباء من أجل تحسين جودة الرعاية التي يقومون بها في خدمة المرضى والعمل على استدامتها، وضمان المساءلة الكاملة للنظام المعمول به تجاه المرضى"[1].

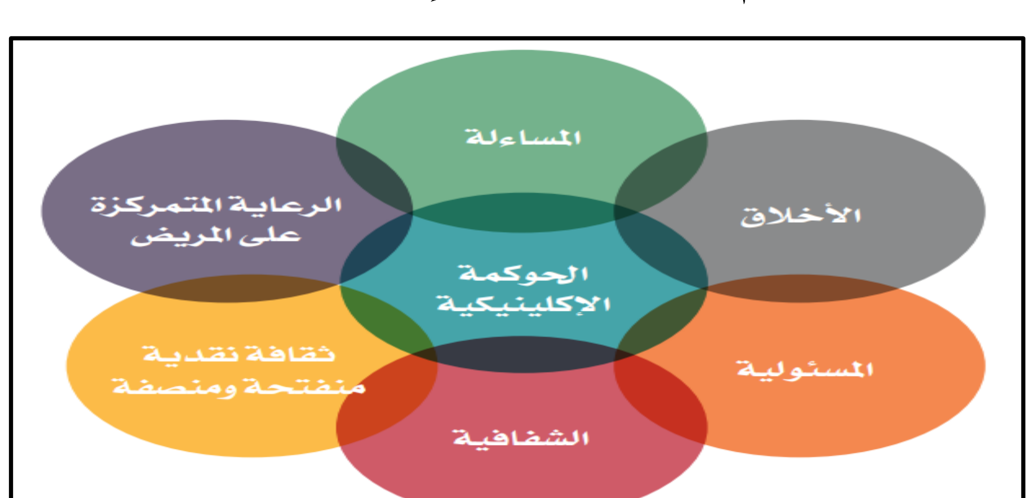
"المستشفى باعتباره مؤسسة فيها أطراف ذات مصلحة فإن ذلك يتعداها باعتبار أن المستشفى نظام أكثر تعقيدا فهو أكثر حساسية، إذ نلمس ارتباطه بجانب الرعاية الصحية للإنسان أكثر من ارتباطه بالجانب المالي، فهو إذن مزيج من العناصر المالية وغير المالية وهذا ما يترك حكامة المستشفى أو القطاع الصحي تستلزم أكثر تحليل"[2].

---

[1] جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة، مركز المشروعات الدولية الخاصية (CIPE)، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، *مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات*، مصطفى حنتر، (مصر، 2014)، https://bit.ly/3BMrpxo، 22.

[2] وليد بقاش والطاهر بعلة، "حوكمة المستشفيات من منظور إدارة الأعمال"، *مجلة البحوث في العلوم المالية والمحاسبة* 04، ع.01، (2019): 61.

شكل رقم 47: عناصر "الحوكمة الإكلينيكية"



المصدر: جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة، مركز المشروعات الدولية الخاصة (CIPE)، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، *مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات*، مصطفى حنتر، (مصر، 2014)، https://bit.ly/3BMrpxo، 23.

يشمل مفهوم "الحوكمة الإكلينيكية" مجموعة من العناصر، هي[1]:

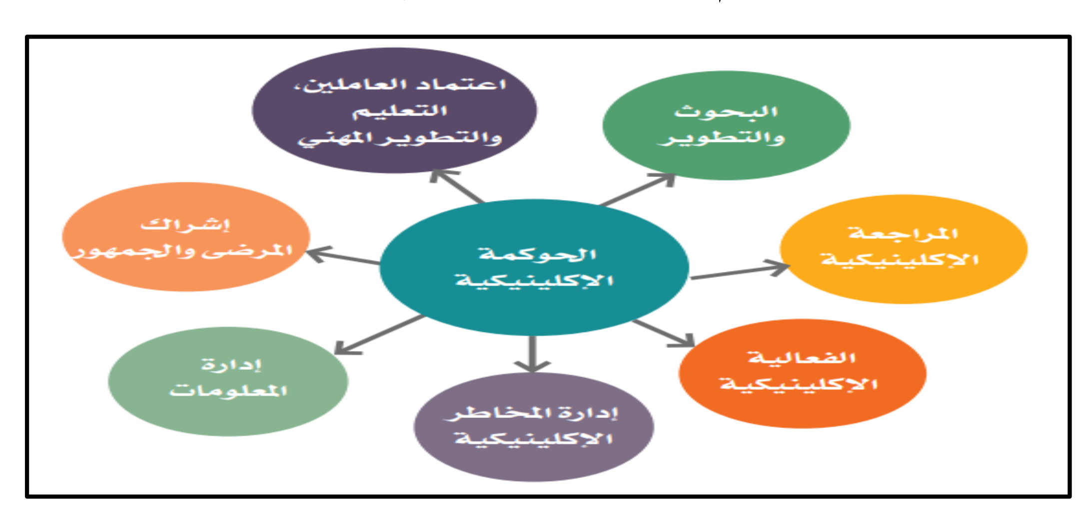
- تفهَم "الحوكمة الإكلينيكية" كشأن يخص جميع الأفراد، حيث ينخرط فيها جميع المهنيين على كل مستوياتهم.
- يلتزم المستشفى بالجوانب موضع الاتفاق "للحوكمة الإكلينيكية" الجيدة، كما يلي:
  - **الشفافية:** يدار المستشفى على نحو يتسم بالانفتاح والشفافية؛
  - **المسئولية:** تجاه كل الأطراف المعنية؛
  - **المساءلة:** يكون العاملون والإدارة مسئولين وقابلين للمساءلة عن أعمالهم أمام كل من المؤسسة والمجتمع؛
  - **الأخلاق:** يلتزم العاملون والإدارة بالسلوك الأخلاقي لدى اضطلاعهم بمسئولياتهم القانونية والطبية؛
  - **ثقافة نقدية منفتحة ومنصفة:** استبدال نهج "التشهير والتوبيخ" بطريقة ممنهجة لتحسين الجودة؛

[1] جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة، مبادئ وقواعد الحوكمة، 32-33.

- **الرعاية المتمركزة على المريض:** إشراك المرضى والعملاء والمجتمع المحلي في كل جوانب تقديم الرعاية الصحية.

- يثبت المستشفى التزامه بمعايير الرعاية الجيدة المعترف بها، والتحسين الديناميكي المستمر.
- تعني "الحوكمة الإكلينيكية" أن يعمل المستشفى على تحسين تكامل المدخلات والهياكل والعمليات الإدارية، والتنسيق والتعاون والتواصل بين الأطباء ووحدات الرعاية الصحية والمرضى، من أجل إدخال التحسينات على جودة الرعاية.
- الالتزام الأساسي "للحوكمة الإكلينيكية" بتوجيه ودعم القيادات التنفيذية في الاحتفاظ بجودة الرعاية واعتبار أمن المريض مهمة مستمرة.
- تسعى المستشفى لإحداث تحول في الثقافة المؤسسية من خلال ممارسات "الحوكمة الإكلينيكية"، من خلال:
  - تشجيع الانفتاح والمشاركة؛
  - تقدير التعليم والبحوث؛
  - تعميم الممارسات الجيدة؛
  - الترحيب بالنهوج الجديدة؛
  - التعلم من الأخطاء.

شكل رقم 48: مكونات "الحوكمة الإكلينيكية"



المصدر: جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة، مركز المشروعات الدولية الخاصة (CIPE)، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، *مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات*، مصطفى حنتر، (مصر، 2014)، https://bit.ly/3BMrpxo، 34.

"للحوكمة الإكلينيكية" سبعة مكونات، فاعتماد العاملين التعليم والتطوير المهني يعتبر من الأسس الحاسمة لتحقيق النجاح على المدى الطويل، كما تعتبر الممارسات الجيدة في مجال البحث والتطوير من المكونات المهمة، وذلك من زاوية ضمان معايير الجودة في المستشفى وإعمال الطاقات غير المستغلة. بينما تشمل المراجعة الإكلينيكية العديد من استراتيجيات تحسين الجودة، وتفهم هذه المراجعة بشكل عام كأسلوب من التقييم والتحسين المتواصل للممارسة الإكلينيكية، وذلك عبر المراجعة المنهجية للرعاية المقدمة ومقارنتها بالمعايير المتعارف عليها. كما تربط الفعالية الإكلينيكية بين الخبرة الإكلينيكية الفردية للأطباء وتوقعات المرضى وأفضل أدلة إكلينيكية متاحة من أجل تحقيق أعلى النتائج. تشير إدارة المخاطر إلى آليات تقييم احتمالية وقوع أحداث ضارة وتأثيراتها والإجراءات المتخذة لمنعها. يُعتبر جمع وإدارة واستخدام المعلومات على النحو الصحيح مكونا مهما في دعم وإنجاز أهداف "الحوكمة الإكلينيكية". إشراك المرضى والجمهور يتعلق بالانفتاح على البيئة الداخلية والخارجية للمستشفى كعقد جلسات ومناقشات مفتوحة بشأن المسائل ذات الصلة "بالحوكمة الإكلينيكية".[1]

[1] جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة، مبادئ وقواعد الحوكمة، 35-40.

المبحث الثاني: نحو نموذج نظام لإدارة الأزمات الصحية

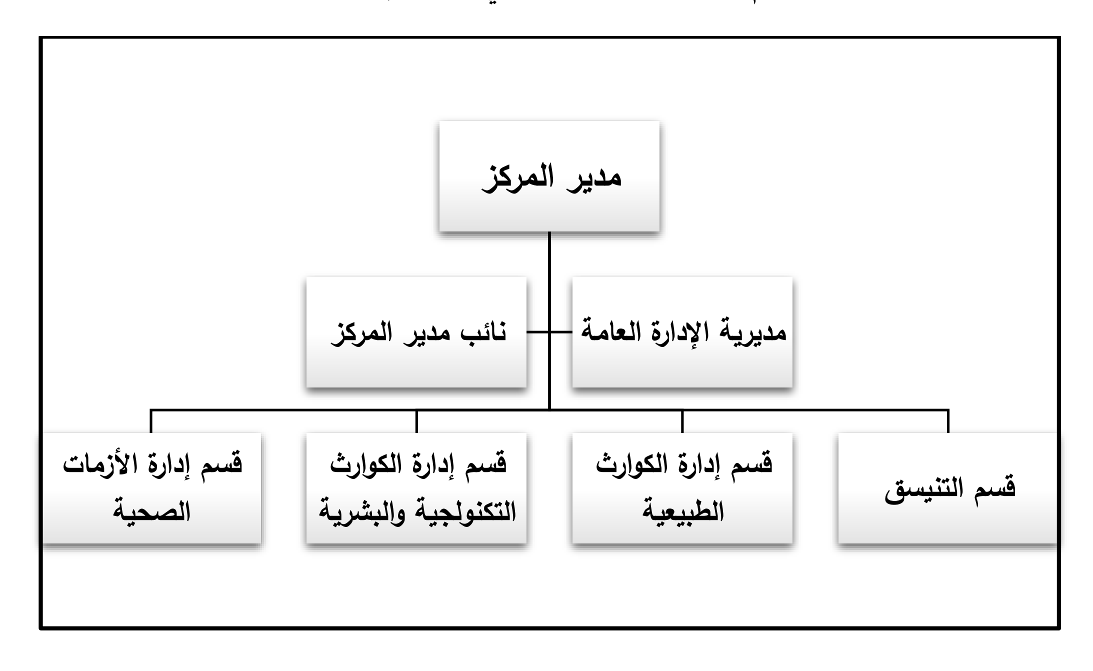
نقترح في المطلب الأول من هذا المبحث التحول نحو إنشاء "مركز لإدارة الأزمات والكوارث"، و"مركز لإدارة وتحليل البيانات" تابع لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، بينما يتناول المطلب الثاني نظام مقترح لعمليات إدارة الأزمات الصحية في الجزائر وفقا لما تقتضيه فلسفة الحوكمة.

المطلب الأول: نحو إنشاء هياكل جديدة لإدارة الأزمات الصحية

نظرا للمركزية الشديدة التي تميز الجزائر نقترح التحول نحو نموذج إنشاء "مركز وطني لإدارة الأزمات والكوارث"، يشرف على إدارة مختلف الكوارث والأخطار، ومن بينها طبعا إدارة الأزمات الصحية، يكون هذا المركز بديلا للمندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى التي يجب حلها، كما أصبح ضروريا التوجه نحو إنشاء "مركز إدارة وتحليل البيانات" تابع لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في إطار رقمنة جميع عمليات القطاع، ويعتبر المركز بمثابة نظام إنذار مبكر للأزمات الصحية.

الفرع الأول: مركز إدارة الأزمات والكوارث

الشكل رقم 49: الهيكل التنظيمي لمركز إدارة الأزمات والكوارث



المصدر: من اعداد الباحث.

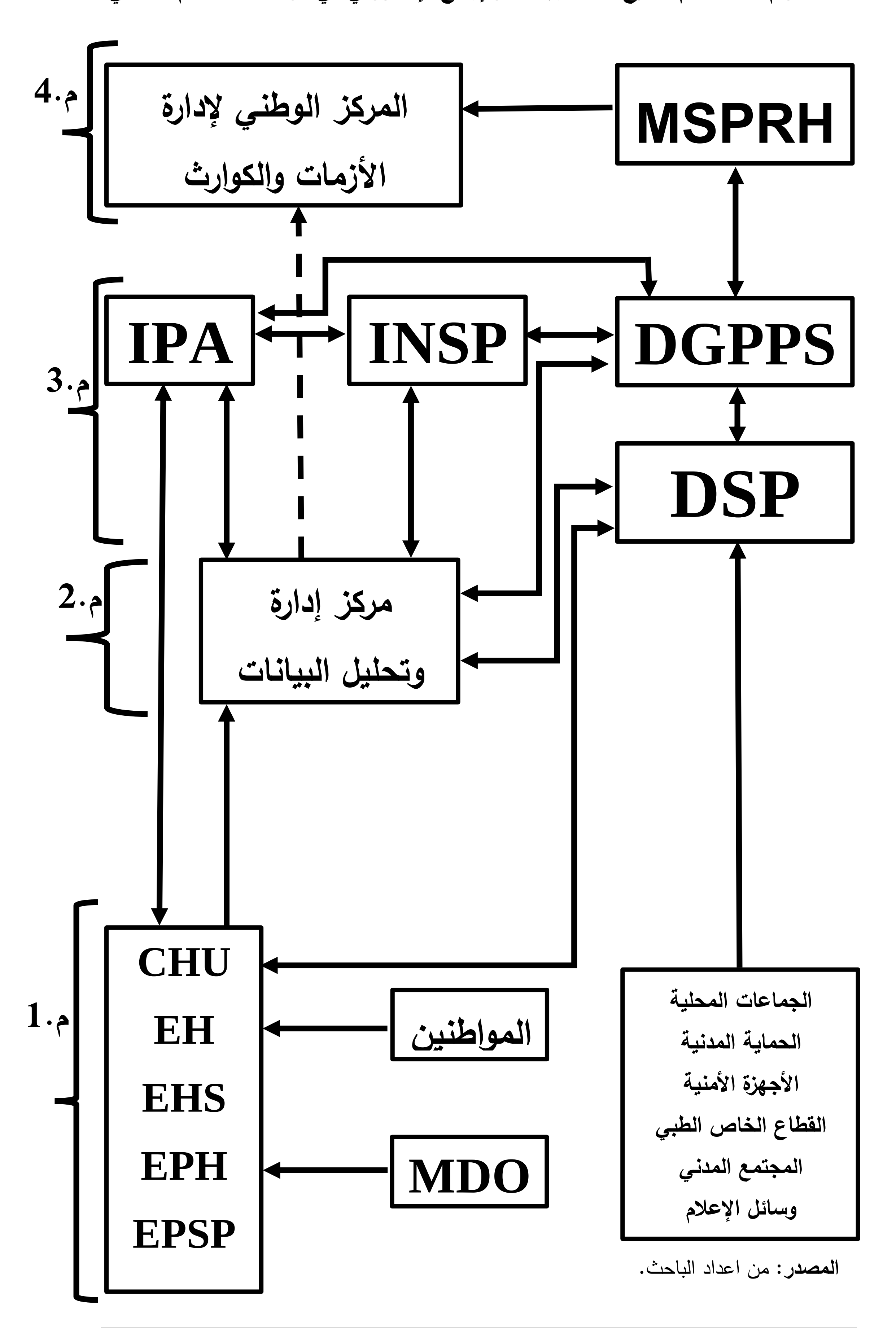
يجب مراعاة مجموعة من النقاط عند إنشاء المركز، هي كالتالي:

- يجب أن يختار موقع المركز بعناية، بحيث يكون مبنى المركز في منطقة بعيدة عن الأخطار الطبيعية والمناطق ذات الكثافة السكانية، وحبذا لو يتم اختيار الموقع خارج العاصمة؛
- يجب أن يكون المركز بعيدا عن شبكات المياه والصرف الصحي والغاز والكهرباء؛
- يخضع بناء المركز لشروط خاصة تتضمن جميع معايير السلامة والمواصفات الهندسية المعمول بها دوليا؛
- ربط المركز بمجموعة من الطرق للسماح لأعضاء المركز بالوصول سريعا عند حدوث أزمة أو كارثة؛
- تزويد المركز بنظام لإدارة قواعد البيانات متطور، ونظام اتصالات خاص يربط بين المؤسسات السياسية والإدارية المركزية والمحلية، هذا النظام يجب أن يكون معزول عن نظام الاتصالات العام لكيلا يتضرر عند الأزمات والكوارث؛
- بناء غرفة عمليات المركز تحت الأرض، وتزويدها بتكنولوجيات إدارة العمليات كالشاشة الرقمية والحواسيب والوصول لأنظمة الاتصالات والمراقبة، كما يجب الأخذ بعين الاعتبار مساحة الغرفة بحيث تسمح باستيعاب جميع أعضاء المركز والعاملين فيه أثناء الأزمات والكوارث؛
- يتم اختيار رئيس المركز على أساس الكفاءة والخبرة في إدارة الأزمات والكوارث؛
- يتولى رئيس المركز اختيار فريق عمله ورؤساء الأقسام؛
- إعطاء المركز صلاحيات كاملة في التخطيط والتنفيذ لإدارة الأزمات والكوارث، وعدم التدخل السياسي في خططه لإدارة الأزمات والكوارث؛
- تزويد المركز بجميع ممثلي القطاعات الوزارية والأمنية والإدارية...الخ، التي أشار إليها المرسوم التنفيذي رقم 21-157 المتضمن مهام المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى، يجب أن يضطلع هؤلاء الممثلين بالمسؤولية عند استدعائهم، لأنهم سيتولون التواصل والتنسيق من غرفة العمليات مع رؤساءهم وتزويدهم بمختلف القرارات الواجب تنفيذها.

الفرع الثاني: مركز معالجة وتحليل البيانات

نقترح أيضا إنشاء "مركز لمعالجة وتحليل البيانات الرقمية" تابع لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، يكون بديلا لمختلف السجلات والأعمال الورقية التي تميز مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، لكن يتطلب هذا المركز "نظام متكامل لإدارة قواعد البيانات"، الذي يعتمد على تدفق عالي للأنترنت، مع تزويد هذا النظام ببرمجيات تعتمد على الذكاء الصناعي.

الشكل رقم 50: نظام مقترح لنقل البيانات والإبلاغ الإلكتروني في مؤسسات النظام الصحي



المصدر: من اعداد الباحث.

يعمل هذا النظام عبر أربعة مستويات، ولكل مستوى عديد المهام، وتتمثل هذه المستويات في مايلي:

أولا: المستوى الأول:

- تستقبل يوميا المؤسسات الصحية على المستويين الولائي والبلدي باستثناء مديريات الصحة (DSP)، طالبي الخدمات الصحية المختلفة، وعليه فالبيانات المتعلقة بالمرضى والخدمات الصحية المدونة في سجلات ورقية تصبح مدونة رقمية وترفع آنيا "لمركز إدارة وتحليل البيانات"، وهو ما يتطلب تجهيز هذه المؤسسات بالأجهزة الإلكترونية اللازمة وتدريب العاملين عليها؛
- كما قد تستقبل المؤسسات الصحية في هذا المستوى مصابين بأمراض واجب التبليغ عنها (MDO)، وهو ما يستدعي إجراء التحاليل في المخابر المحلية، أو إرسال عينات من الأمراض المشتبه بها إلى معهد باستور (IPA)، فبكتيريا "الكوليرا" مثلا بإمكان معهد باستور فقط الكشف عنها، وأي تحاليل إيجابية ترسل من قبل معهد باستور "لمركز إدارة وتحليل البيانات" والمؤسسات الصحية المرسلة للعينات، كما يقوم المركز بإبلاغ مديريات الصحة المعنية للبدء بالإجراءات اللازمة؛
- قد يظهر مرض معروف أو مجهول الأسباب بمنطقة ما عبر البلاد الواسعة المساحة، ويتم التبليغ عنه مديريات الصحة من قبل الجماعات المحلية أو الحماية المدنية أو الأجهزة الأمنية أو القطاع الخاص الطبي أو المجتمع المدني أو وسائل الإعلام، يجب في هذه الحالة على مديريات الصحة إطلاق تحقيق والحجر إن تطلب الأمر المرضى في المؤسسات الصحية للمستوى الأول، مع إبلاغ طبعا المركز وإرسال البيانات الإلكترونية من قبل المؤسسات الصحية للمستوى الأول.

ثانيا: المستوى الثاني:

- يضم هذا المستوى "مركز إدارة وتحليل البيانات" الذي يعتبر حجر الزاوية في هذا النظام، مما يجب التنويه إليه بأن هذا المركز يجب أن يجهز بالأدوات

التكنولوجية والبرمجيات الذكية والعمال المدربين لإدارة وتحليل البيانات الصحية آنيا القادمة من 58 ولاية وآلاف المؤسسات الصحية، والكشف عن بوادر أزمات صحية؛

- بعد أن يستقبل المركز مختلف البيانات من المستوى الأول، فإنه يزود مؤسسات المستوى الثالث بالبيانات التي تحتاجها، إذ يرسل إلى المديريات الصحية البيانات الخاصة بها في شكل تقارير إلكترونية، كما يرسل أيضا تقرير إلكتروني شامل خاص بجميع الولايات للمديرية العامة للوقاية وترقية الصحة (DGPPS)، كما قد يطلب كل من معهد باستور أو المعهد الوطني للصحة العامة بيانات معينة في إطار الاختصاص، هذه التقارير قد تكون أسبوعية أو شهرية أو سنوية.

ثانيا: المستوى الثالث:

- هناك علاقات تفاعلية بين مؤسسات هذا المستوى، وبين "مركز إدارة وتحليل البيانات"، إذ يزود المركز بمختلف التقارير والدراسات التي يعدها معهد باستور والمعهد الوطني للصحة العامة (INSP)، بينما يزود المركز المؤسسات الأربعة في هذا المستوى بالبيانات التي تحتاجها، كما تزود المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة بكل إنتاج علمي للمعهد الوطني للصحة العامة ومعهد باستير، وهو الحال أيضا بين المعهدين، تستقبل أيضا المديرية التقارير الواردة من مديريات الصحة؛
- يزود معهد باستير المديرية بمختلف تحاليل الكشف عن الأمراض والأمراض ذات الطابع الوبائي؛
- يعتبر هذا المركز بمثابة إنذار مبكر لمختلف الأزمات الصحية؛
- إن هذه العمليات التفاعلية تتطلب دمج هذه المؤسسات في نظام رقمي على غرار المركز.

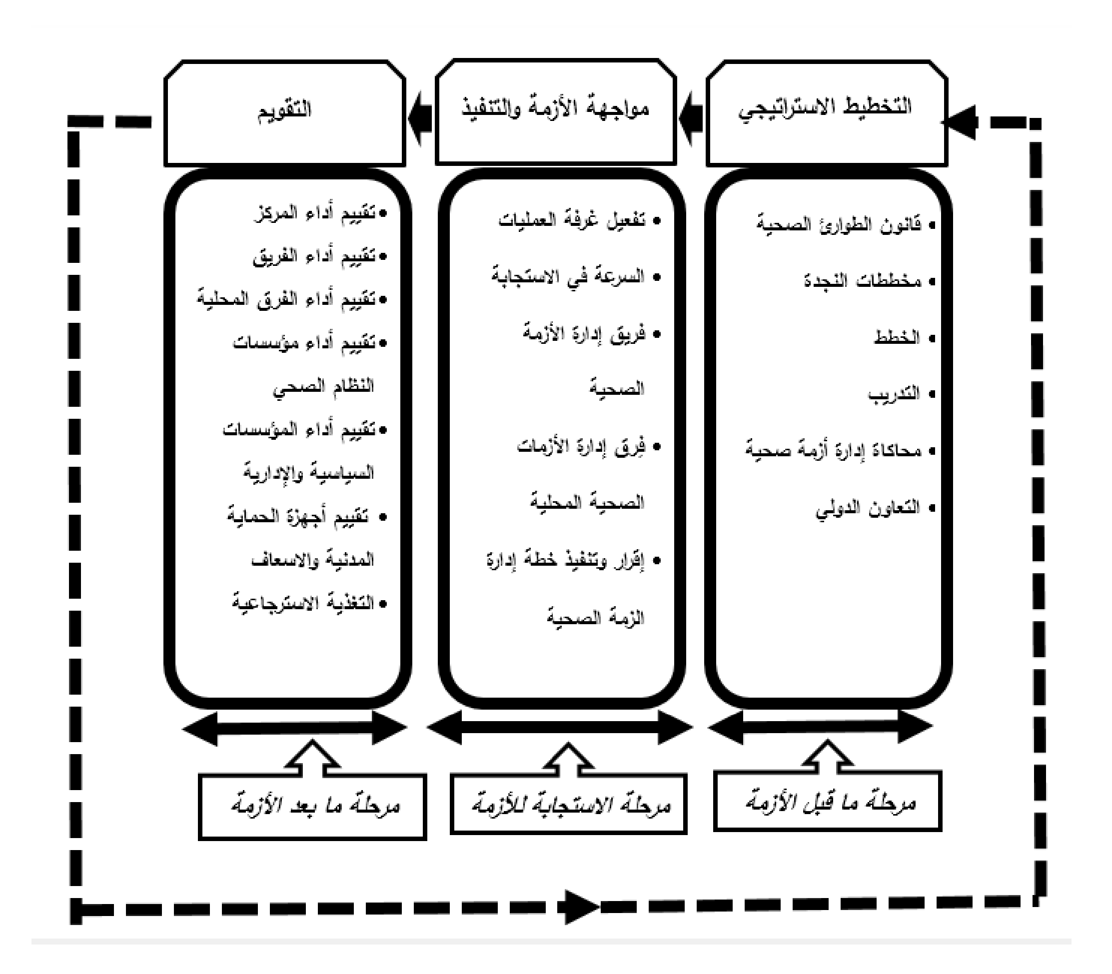
ثانيا: المستوى الرابع:

- يتلقى وزير الصحة إحاطات من قبل المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة خلال فترات زمنية مختلفة، لكن تصبح يومية في حال مواجهة أزمة صحية؛

- في حال وقوع أزمة صحية يبلغ وزير الصحة "المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث"؛
- في حال وقوع أزمة صحية فقط يرسل "مركز إدارة وتحليل البيانات" باستمرار كل البيانات المتعلقة بالأزمة الصحية "للمركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث".

المطلب الثاني: حوكمة عمليات نظام إدارة الأزمات الصحية

شكل رقم 51: نظام إدارة الأزمات الصحية في الجزائر



المصدر: من اعداد الباحث.

في آخر مطلب من هذه الأطروحة نقترح "نظام لإدارة الأزمات الصحية" وفقا لفلسفة ومقومات الحوكمة، التي تقتضي ترشيد عمليات "نظام لإدارة الأزمات الصحية" على النحو الآتي:

الفرع الأول: مرحلة ما قبل الأزمة:

يتولى قسم إدارة الأزمات الصحية "بالمركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث" عملية التخطيط الاستراتيجي، بالاشتراك مع ممثلي وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والوكالة الوطنية للأمن الصحي، وكل الممثلين ذو العلاقة كوزارتي الداخلية والموارد المائية، ويمكن البدء بالتالي:

- تحضير قانون للطوارئ الصحية يعرض على الحكومة والبرلمان لمناقشته والمصادقة عليه؛
- إضافة عملية إدارة الأزمات الصحية لمخططات النجدة عبر المستويات الأربعة: الوطني، ما بين الولايات، الولايات، البلديات؛
- الإشراف على تأسيس "مركز إدارة وتحليل البيانات" التابع لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وتدريب العاملين فيه، مع مراجعة نظام إدارة قواعد البيانات الخاص به دوريا؛
- العمل على وضع خطط لتزويد جميع مؤسسات النظام الصحي بوسائل تكنولوجية للربط "بنظام إدارة قواعد البيانات" مع تدريب المشرفين على عملية تسجيل البيانات؛
- التعاون مع منظمة الصحة العالمية والدول الرائدة في إدارة الأزمات الصحية كالصين مثلا التي تربطنا بها علاقات سياسية واقتصادية مميزة، في إنجاز "مركز إدارة وتحليل البيانات"؛
- دراسة نماذج رائدة في إدارة الأزمات الصحية والاستفادة منها، مع الأخذ بعين الاعتبار تجنب الوصفات الجاهزة، بل يجب أن تكيف مع خصوصيات البيئة الداخلية، لقد كانت جائحة "كوفيد-19" فرصة لبروز مجموعة من النماذج الرائدة في إدارة الجائحة بفعالية كبيرة سبق وأن أشرنا لبعضها في الفصل الثالث بالمبحث الثالث؛
- وضع خطط استعجالية لمنع عودة أو الانتشار الواسع للأوبئة كفيروس "الحصبة" أو بكتيريا "الكوليرا"؛

- تدريب رؤساء مديريات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على مهارات إدارة الأزمات الصحية، ثم يدرب الرؤساء العاملين في مديرياتهم؛
- تدريب رؤساء المؤسسات الصحية الولائية والبلدية على مهارات إدارة الأزمات الصحية داخل مؤسساتهم، ثم يدرب الرؤساء موظفيهم الإداريين والكادر الطبي؛
- تدريب طواقم الحماية المدنية والإسعاف على كيفية التعامل مع المرضى أثناء الأزمات الصحية خصوصا الأزمات ذات الطابع الوبائي؛
- تدريب الولاة ورؤساء البلديات والدوائر، والأمناء العامون للولايات والبلديات وكل المدراء المحليين على إدارة الأزمات الصحية، مع تخصيص غرفة عمليات بالولاية مجهزة بأنظمة الاتصالات لإدارة الأزمة الصحية محليا؛
- اختيار مجموعة من العاملين بالمؤسسات الصحية لتدريبهم على مهارات الاتصال أثناء الأزمات الصحية، فهؤلاء سيصبحون متحدثين في حال وقوع أزمة صحية؛
- يقيد الكترونيا تقييم لكل المتدربين وتحديد بالترتيب الأفضل بينهم، ففي المستقبل صاحب الترتيب الأفضل هو من يقود فريق أزمة محلي؛
- وضع خطط استباقية تحاكي أزمة صحية والتدرب عليها على مستوى "المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث" مع تشكيل فريق إدارة الأزمة، إضافة إلى إشراك جميع مؤسسات النظام الصحي والجماعات المحلية والأجهزة الأمنية.
- وضع إطار تشريعي قانوني لهذه العمليات، وتحديد طرق التمويل.

الفرع الثاني: مرحلة الاستجابة:

تشهد هذه المرحلة بروز الأزمة الصحية، قد تظهر بمنطقة جغرافية معينة من البلاد كأزمة "وباء الحصبة" 2018 التي ظهرت بكل من ولايتي الوادي وورقلة، أو قد ينتقل مرض أو وباء ما من دول حدودية خاصة وأن معظم الدول الإفريقية تعاني من هشاشة النظام الصحي وانتشار الأمراض والفيروسات، أو قد تتمثل في جائحة عالمية مثل جائحة "كوفيد-19"، وعليه يمكن عمل مايلي:

- بمجرد اكتشاف بوادر أزمة صحية يُعتبر "المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث" في حالة اجتماع دائم، إذ يقوم على الفور بتفعيل غرفة العمليات وربط الاتصال الرقمي بمركز "إدارة وتحليل البيانات" للاطلاع على مختلف البيانات الواردة بخصوص الأزمة الصحية، كما يلتحق على الفور بغرفة العمليات بجميع ممثلي القطاعات الوزارية والإدارية التي سبق الإشارة إليها؛
- عامل الوقت مهم جدا في هذه المرحلة لتسطيح المنحى، إذ يقوم رئيس المركز برفقة قسم إدارة الأزمات الصحية بتعيين قائد فريق الأزمة الصحية، وبدوره يختار القائد أعضاء فريقه موزعا عليهم مهام كل عضو، مع التنبه لضرورة أن يكون القائد وفريقه من الذين تلقوا تدريبات على مهارات إدارة الأزمة الصحية؛
- أول ما يقوم به الفريق جمع المعلومات حول الأزمة الصحية وتحديد حجم وخطورة الأزمة من خلال الاستعانة بأحد مصفوفات تصنيف الأزمات المشار إليها في الفصل الأول، ويبدأ في هذه المرحلة عمل أحد أعضاء الفريق المكلف بوظيفة التحدث لوسائل الإعلام المختلفة؛
- التحاق قائد فريق الأزمة المحلي بغرفة عمليات الولاية ويختار فريقه، القائد يُختار من الذين كان تقييمهم عالي أثناء التدريبات التي تلوقها، كما يتواجد في غرفة العمليات الوالي ورؤساء أو ممثلين عن مختلف المديريات والبلديات، بينما يرأس رئيس البلدية فريق أزمة يختاره يتضمن بالضرورة الأمين العام للبلدية؛
- يبدأ الفريق مراجعة الخطط التي سبق التحضير لها لإقرار خطة لإدارة الأزمة الصحية؛
- تنفيذ الخطة المختارة ومتابعة تنفيذها من غرفة العمليات، مع إجراءات التعديلات الضرورية حسب ما يقتضيه تطور الموقف الأزموي؛
- تنفيذ الخطة يتطلب التواصل المستمر في غرفة العمليات مع الممثلين للقطاعات المختلفة، والتواصل أيضا مع رؤساء الفرق المحلية، حيث يسدي الفريق قرارات وتعليمات وتوجيهات للقطاعات المركزية والمحلية، كما يتلقى المركز تقارير من هذه القطاعات حول تنفيذ الخطة.

الفرع الثالث: مرحلة ما بعد الأزمة:

بعد انتهاء الأزمة الصحية يجري فريق الأزمة "بالمركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث" بالمشاركة مع قسم إدارة الأزمات الصحية تقويما شاملا لمايلي:

- إذا كانت الأزمة الصحية سببها الأمراض الواجب التبليغ عنها، فهذا يؤشر لخلل في عملية التنبؤ وخطط الوقاية من هذه الأمراض، وعليه يجب تحديد أسباب ومواطن الفشل في تجنب هذا النوع من الأزمات؛
- تقيم سرعة الاستجابة للأزمة الصحية؛
- تقييم أداء "المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث" من خلال تقييم أدوار فريق الأزمة والفرق المحلية، وتحديد مدى فعالية خطة الاستجابة؛
- تقييم استجابة جميع مؤسسات النظام الصحي؛
- تقييم استجابة الحماية المدنية وطواقم الإسعاف وكل المؤسسات السياسية والإدارية المركزية والمحلية.

تُدون نتائج التقويم في شكل تقرير يسلم لرئيس "مركز إدارة الأزمات والكوارث"، كما يصبح هذا التقرير جزءا من التخطيط الاستراتيجي التي يقوم به قسم إدارة الأزمات والكوارث في إطار التغذية الاسترجاعية، لتجنب أو تحسين عملية إدارة الأزمات الصحية مستقبلا.

خلاصة الفصل الرابع

بينا في هذا الفصل التأخر الذي تعانيه الجزائر في التحول الرقمي و"الصحة الرقمية"، الذي يعيق التوجه نحو إنشاء "مركز إدارة وتحليل البيانات" و"المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث"، لاعتمادهما على "نظام لإدارة قواعد البيانات" وفق خاصية الذكاء الصناعي، كما بينا طريقة عمل عمليات "نظام إدارة الأزمات الصحية"، ويحتاج تطبيقه لإرادة سياسية لدى صناع القرار.

خاتمـــــــــــــــة

ظاهرة "الأزمات الصحية" الممتدة والفجائية ليست جديدة، ولكن أصبحت بارزة خلال السنوات الأخيرة، خصوصا مع بداية الألفية أين ظهرت العديد من الأوبئة كان آخرها جائحة "كوفيد-19" الأكثر خطرا على صحة الأفراد والمجتمعات والدول منذ عقود، إن هذه الظاهرة تطلبت الاستعانة بعلم "إدارة الأزمات" الذي برز في المنظمات الإدارية منذ ستينات القرن الماضي، ثم تَم الاستعانة به وتكييفه مع خصوصيات الأزمات السياسية والأمنية والدولية، الاقتصادية، وحتى الاجتماعية والنفسية، وأخيرا الصحية.

أبانت الدراسة بأن "إدارة الأزمات الصحية" بدأ التأسيس له مع بداية الألفية من قبل منظمة الصحة العالمية، التي اقترحت في سنة 2004 نموذجا ذُو ثلاث مراحل للاستجابة "للأزمات الصحية" وإدارتها بفعالية، قد زاد الاهتمام بكيفية "إدارة الأزمات الصحية" أثناء وبعد جائحة "كوفيد-19"، وقد تم اقتراح في نهاية الفصل الأول نظام "لإدارة الأزمات الصحية" يمثل مقاربة شاملة في الاستجابة الفعالة، بناء على الإطار المعرفي المتعلق "بإدارة الأزمات الصحية" وتكييفه مع خصوصيات "الأزمة الصحية".

منذ سنة 1985 بدأت مأسسة مواجهة الأخطار والكوارث في الجزائر، ولازالت مستمرة، نتج عنها إطار مؤسساتي وتنظيمي ضخم، يتنوع بين مؤسسات النظام الصحي والسلطات العمومية ومؤسستي المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى، والوكالة والوطنية للأمن الصحي، إضافة إلى الكثير من الوثائق القانونية التي وقفنا عندها بالفحص والتحليل والتدقيق، أيضا تم وضع العديد من المخططات على المستويات الثلاث ما بين الولايات/الولايات/البلديات، وقد خلصنا إلى محدودية مكانة "إدارة الأزمات الصحية" ضمن هذا الإطار المؤسساتي والتنظيمي بل قد تكون معدومة.

كان غياب كيفية "إدارة الأزمات الصحية" ضمن الإطار المؤسساتي والتنظيمي واضحا خلال "الأزمات الصحية" الثلاث التي شهدتها الجزائر منذ سنة 2017، فأزمتي "الحصبة" و"الكوليرا" كانتا بمثابة الإنذار ودق ناقوس الخطر للسلطات الجزائرية، فقد أظهرت الأزمتين ضعف الاستجابة لاعتماد السلطات الجزائرية نهج تقليدي وغياب استراتيجية أو خطة رسمية، وكان وضحا غياب التنسيق بين مختلف المؤسسات السياسية والإدارية المعنية بالاستجابة، لانعدام نظام اتصالات "الأزمة"، والأهم كان غياب هيكل إداري -مركز، أو وحدة، أو خلية- لإدارة الأزمات والكوارث عموما.

شهد العالم مع نهاية سنة 2019 وبداية سنة 2020 انتشار فيروس غريب غير معروف ظهر بالصين أولا وما لبث حتى انتشر بالعالم أجمع، يستهدف الجهاز التنفسي وسريع العدوى يتسبب في إغراق النظم الصحية ومن تم انهيارها، اتضح فيما بعد بأنه سلالة جديدة من فيروسات "كورونا" المصنفة سابقا بضعف قدرتها على الإمراض أو التسبب في الوفاة، لكن الفيروس الجديد والذي اعتمدته منظمة الصحة العالمية تحت اسم "كوفيد-19" غير النظرة السابقة لفيروسات "كورونا".

تأخر إيجاد لقاح للفيروس حوالي سنة وبضعة أشهر، وقد تحول السباق لإيجاد اللقاح لساحة تنافس دولي، وقبل اعتماد اللقاحات وبداية التلقيح، بدأت مختلف دول العالم تبني إجراءات الحجر الصحي والغلق ومختلف إجراءات وتدابير الوقاية في محاولة لتسطيح منحنى الفيروس.

في ظل هذه الظروف التي بينتها كل من أزمتي "الحصبة" و"الكوليرا"، وجدت السلطات الجزائرية نفسها في مواجهة فيروس "كوفيد-19" الأخطر من الأزمتين السابقتين من ناحية حجم الانتشار -انتشر في كامل البلاد-والخسائر والآثار، وعبر قرابة سنتين تم تبني استراتيجية الاستجابة، والتي يمكن القول بشأنها بمايلي:

- التأخر في الاستجابة بسبب البطء في إقرار وتنفيذ الاستراتيجية، وهو ما أدى لخسارة الجزائر فرصتها في تسطيح المنحنى وتجنب أربعة موجات وبائية كان أخطرها الموجة الثالثة التي تسبب في إغراق العديد من المؤسسات الاستشفائية وانهيارها؛
- ضبابية محاور الاستراتيجية، والذي استدعى في مرات عديدة إصدار مرسوم أو قرار لشرح الذي قبله؛
- على غرار النتائج التي أفرزتها أزمتي "الحصبة" و"الكوليرا"، أكدت الاستراتيجية الفراغ الذي يعرفه الإطار المؤسساتي والتنظيمي بخصوص مواجهة "الأزمة الصحية"، وهم ما تم ملأه بالمراسيم التنفيذية التي يصدرها الوزير الأول ومختلف القرارات الصادرة عن الوزارة الأولى، مع منح الولاة سلطة الضبط في الاستجابة "للأزمة"؛
- شكلت لجنة لمواجهة "الأزمة" التي طغى عليها المختصين في العلوم الطبية، في ظل غياب "إدارة أزمة صحية" حقيقية.

وللإجابة على التساؤل المركزي لهذه الأطروحة نقول: **هناك غياب تام لنظام لإدارة "الأزمات الصحية" في الجزائر، فقد بينت الدراسة بأن الاستجابة للأزمات الثلاث محور الدراسة هي عملية محدودة تفتقر للفعالية**، وبالنسبة لاختبار فرضيات الدراسة فقد توصلنا لمايلي:

- **الفرضية الأولى:** والتي كان نصها " كلما كان هناك تطبيق لنظام فعال في "إدارة الأزمات الصحية" كلما ساعد ذلك في تجنب "الأزمات الصحية" مستقبلا، والاستجابة والاستعداد الكامل لها في حال حدوثها "، هذه الفرضية صحيحها إلى حد كبير، فالنماذج الرائدة في إدارة الأزمات الصحية والتي أشرنا لبعضها، نجحت في مواجهة الجائحة بفضل الاستجابة الفعالة المبنية على نظام لإدارة الأزمات الصحية.
- **الفرضية الثانية:** وقد جاءت بصيغة التالية "يعتمد الإطار المؤسساتي والتنظيمي في "إدارته للأزمات الصحية" على نظام إدارة فعال"، يمكن القول بأن هذه الفرضية خاطئة، فعلى العكس فهذا الإطار لا يتضمن نظام لإدارة الأزمات الصحية، كما أن الاستجابة للأزمات الصحية جد محدودة، بالرغم من حجم الإطار المؤسساتي.
- **الفرضية الثالثة:** وقد كان نصها "إدارة واستجابة مختلف المؤسسات والسلطات المركزية والمحلية لأزمات الحصبة والكوليرا وكوفيد-19 كانت محدودة"، نعم هذه فرضية صحيحة، فمقاربة إدارة الأزمات مقاربة شاملة علمية دقيقة في الاستجابة للأزمات الصحية، وجدت لمنع الأزمات ورفع جهوزية إدارتها، وهو ما لا ينطبق على التجربة الجزائرية.

وعليه يمكن التوصية بالآتي:

- ضرورة التحول نحو إنشاء "نظام لإدارة الأزمات الصحية" في الجزائر قبل أن نفاجئ بأزمة صحية أخرى خاصة وأن هناك تقديرات علمية بظهور وباء أو جائحة خلال السنوات القادمة، وقد حاول الباحث تقديم نموذج بما يتماشى مع البيئة الداخلية؛
- في نفس الوقت يجب التوجه نحو الصحة الرقمية والتحول الرقمي عموما، لأن أي نظام إدارة يتطلب بنية تحتية رقمية عالية المستوى؛

- إن التحول نحو إنشاء نظام لإدارة الأزمات الصحية، يجب أن يتماشى مع تحسين جودة الخدمات الصحية، من خلال تطبيق الأساليب الحديثة في إدارة النظم الصحية كنموذج الجودة الشاملة، والحوكمة الصحية.

قائمة المراجع

أولا: المراجع باللغة العربية

أ. القوانين والمراسيم:

1. المرسوم رقم 85-232 مؤرخ في 09 ذي الحجة عام 1405 ﻫ الموافق 25 غشت سنة 1985، يتعلق بالوقاية من أخطار الكوراث، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 36، الصادرة بتاريخ 12 ذو الحجة 1405 ﻫ الموافق 28 غشت 1985.
2. المرسوم 85-231 مؤرخ في 09 ذو الحجة عام 1405 ﻫ الموافق 25 غشت سنة 1985، يحدد شروط تنظيم التدخلات والاسعافات وتنفيذها عند وقوع الكوراث، كما يحدد شروط تنظيم التدخلات والاسعافات وتنفيذها عند وقوع الكوراث، كما يحدد كيفيات ذلك، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 36، الصادرة بتاريخ 12 ذو الحجة 1405 ﻫ الموافق 28 غشت 1985.
3. المرسوم التنفيذي رقم 90-402 مؤرخ في 28 جمادى الأولى عام 1411 ﻫ الموافق 15 ديسمبر سنة 1990، يتضمن تنظيم صندوق الكوراث الطبيعية والأخطار التقنولوجية الكبرى وسيره، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 55، الصادرة بتاريخ 02 جمادى الثانية 1411ﻫ الموافق 19 ديسمبر 1990.
4. المرسوم التنفيذي رقم 97-261 مؤرخ في 09 ربيع الأول عام 1418 ﻫ الموافق 14 يوليو سنة 1997، يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 47، الصادرة بتاريخ 16 11 ربيع الأول 1418 ﻫ الموافق 16 يوليو 1997.
5. المرسوم التنفيذي رقم 97-467 مؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق 02 ديسمبر سنة 1997، يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 شعبان 1418 ﻫ الموافق 10 ديسمبر 1997.
6. قانون 04-20 مؤرخ في 13 ذي القعدة 1425 ﻫ الموافق 25 ديسمبر سنة 2004، يتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوراث في إطار التنمية المستدامة، الجريدة الرسمية

للج. الج. د. ش، العدد 84، الصادرة بتاريخ 17 ذو القعدة 1425 هـ الموافق 29 ديسمبر 2004.

7. المرسوم التنفيذي رقم 11–194 مؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1432 هـ الموافق 22 مايو سنة 2011، يتضمن مهام المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 29، الصادرة بتاريخ 19 جمادى الثانية 1432 هـ الموافق 22 مايو 2011.

8. المرسوم التنفيذي رقم 11–379 مؤرخ في 25 ذي الحجة عام 1432 الموافق 21 نوفمبر سنة 2011، يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 63، الصادرة بتاريخ 27 ذي الحجة 1432 هـ الموافق 23 نوفمبر 2011.

9. المرسوم التنفيذي رقم 11–380 مؤرخ في 25 ذي الحجة عام 1432 الموافق 21 نوفمبر سنة 2011، يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 63، الصادرة بتاريخ 27 ذي الحجة 1432 هـ الموافق 23 نوفمبر 2011.

10. قرار مؤرخ في أول صفر عام 1436 هـ الموافق 24 نوفمبر سنة 2014، يحدد جدول التلقيح الإجباري المضاد لبعض الأمراض المتنقلة، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 75، الصادرة بتاريخ 06 ربيع الاول 1436 هـ الموافق 28 ديسمبر 2014.

11. المرسوم التنفيذي رقم 15–210 مؤرخ في 25 شوال عام 1436 هـ الموافق 10 غشت سنة 2015، يتضمن إنشاء وتنظيم وسير اللجنة المتعددة القطاعات المكلفة بالوقاية والمكافحة لمواجهة التهديدات الصحية ذات القدرة الوبائية واستعجالات الصحة العمومية ذات البعد الدولي، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 44، الصادرة بتاريخ 12 ذو الحجة 1405 هـ الموافق 19 غشت 2015.

12. قانون الصحة رقم 18–11 مؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 02 يوليو سنة 2018، يتعلق بالصحة، الجريدة ا للج. الج. د. ش، لعدد 46، الصادرة بتاريخ 16 ذو القعدة 1439 هـ الموافق 29 يوليو 2018.

13.المرسوم التنفيذي 19-59 مؤرخ في 26 جمادى الاولى 1440 هـ الموافق 02 فبراير سنة 2019، يحدد كيفيات إعداد مخططات تنظيم النجدة وتسييرها، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 10، الصادرة بتاريخ 05 جمادى الثانية 1440 هـ الموافق 10 فبراير 2019.

14.المرسوم التنفيذي رقم 19-196 مؤرخ في 07 ذو القعدة عام 1440 هـ الموافق 10 يوليو سنة 2019، يتضمن إنشاء لجنة وطنية للوقاية من الأمراض المتنقلة عن طريق المياه ومكافحتها، وتحديد مهامها وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 45، الصادرة بتاريخ 14 ذو القعدة 1440 هـ الموافق 17 يوليو 2019.

15.المرسوم التنفيذي رقم 20-69 مؤرخ في 24 رجب عام 1441 الموافق 19 مارس سنة 2020، يتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 15، الصادرة بتاريخ 26 رجب 1441 هـ الموافق 21 مارس 2020.

16.المرسوم التنفيذي رقم 20-70 مؤرخ في 29 رجب عام 1441 الموافق 24 مارس سنة 2020، يحدد تدابير تكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 16، الصادرة بتاريخ 29 رجب 1441 هـ الموافق 24 مارس 2020.

17.المرسوم التنفيذي رقم 20-127 مؤرخ في 27 رمضان عام 1441 هـ الموافق 20 مايو سنة 2020، يعدل ويتمم المرسوم التنفيذي رقم 20-70 المؤرخ في 29 رجب 1441 هـ الموافق 24 مارس سنة 2020 الذي يحدد التدابير التكميلية للوقاية من وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 30، الصادرة بتاريخ 28 رمضان 1441 هـ الموافق 21 مايو 2020.

18.المرسوم الرئاسي رقم 20-158 مؤرخ في 21 شوال 1441 هـ الموافق 13 يونيو سنة 2020، يتضمن إحداث وكالة وطنية للأمن الصحي، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 35، الصادرة بتاريخ 22 شوال 1441 هـ الموافق 14 يونيو 2020.

19.المرسوم التنفيذي رقم 20-182 مؤرخ في 17 ذي القعدة 1441 هـ الموافق 09 يوليو سنة 2020، يتضمن تعزيز نظام الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته،

الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 39، الصادرة بتاريخ 19 رجب 1441 هـ الموافق 11 يوليو 2020.

20. المرسوم التنفيذي رقم 20-211 مؤرخ في 09 ذي الحجة 1441 هـ الموافق 30 يوليو سنة 2020، يتضمن منح مساعدات مالية لفائدة أصحاب المهن المتضررة من آثار جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19)، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 44، الصادرة بتاريخ 09 ذي الحجة 1441 هـ الموافق 30 يوليو 2020.

21. المرسوم الرئاسي رقم 20-442 مؤرخ في 15 جمادى الأولى 1442 هـ الموافق 30 ديسمبر 2020، يتعلق بإصدار التعديل الدستوري، المصادق عليه في استفتاء أول نوفمبر 2020، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 82، الصادرة بتاريخ 15 جمادى الأولى 1442 هـ الموافق 30 ديسمبر 2020.

22. المرسوم الرئاسي رقم 20-435 مؤرخ في 15 جمادى الأولى 1442 هـ الموافق 30 ديسمبر سنة 2020، يوضح صلاحيات الوكالة الوطنية للأمن الصحي وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للج. الج. د. ش، العدد 01، الصادرة بتاريخ 18 جمادى الأولى 1442 هـ الموافق 02 جانفي 2021.

ب. الكتب:

1. أنجرس، موريس. *منهجية البحث في العلوم الإنسانية: تدريبات عملية*، تر. بوزيد صحراوي وآخرون، ط.02. الجزائر: دار القصبة للنشر، 2006.

2. الخضيري، محسن. إدارة *الأزمات: منهج اقتصادي إداري لحل الأزمات على مستوى الاقتصادي القومي والوحدة الاقتصادية*. ط.02، القاهرة: مكتبة مدبولي، 1990.

3. الشعلان، فهد بن أحمد. إدارة *الأزمات: الأسس- المراحل- الآليات*. ط.03، الرياض: مطابع جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2012.

4. المرعول، محمد بن عبدا الله بن عثمان. الأزمات: *مفهومها أسبابها وآثارها في تعميق الوحدة الوطنية*. الرياض: مكتبة القانون والاقتصاد، 2014.

5. المحمودي، محمد سرحان علي المحمودي. *مناهج البحث العلمي*، ط.03. صنعاء: دار الكتب، 2015.

6. الكرخي، مجيد. *التخطيط الاستراتجي المبني على النتائج*. قطر: مطبعة الريان، 2014.

7. المومني، نائل. *إدارة الكوارث والأزمات*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2012.

8. حاروش، نور الدين. *إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية*. الجزائر: دار كتامة للكتاب، 2009.

9. حاروش، نور الدين. *الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة*. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012.

10. حاروش، نور الدين. الإدارة *الصحية: دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني*. الجزائر: دار الأمة، 2017.

11. خطاب، محمد حافظ. *إدارة أزمات الصحة العامة بين مفهوم والتطبيق الصيني*. عمان: دار الأيام للنشر والتوزيع، 2013.

12. زوكار، عماد محمد وأحمد نوح، محمد. *المرجع الشامل في اللقاحات*. دمشق: دار القدس للعلوم 2005.

13. شلبي، محمد. *المنهجية في التحليل السياسي: المفاهيم، المناهج، الاقترابات، والأدوات*. مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع، 1997.

14. عبد الكافي، إسماعيل عبد الفتاح. *إدارة الصراعات والأزمات الدولية*. القاهرة: العربي للنشر والتوزيع، 2009.

15. عليوة، السيد. *إدارة الأزمات والكوارث: مخاطر العولمة والإرهاب الدولي*. ط.02، القاهرة: دار الأمين للنشر والتوزيع، 2002.

16. عليوة، السيد. *إدارة الوقت والأزمات والإدارة بالأزمات*. القاهرة: دار الأمين، 2003.

17. لزم، مبارك علوي محمد. *إدارة الأزمات الأمنية في ظل المتغيرات الدولية*. حضرموت: كلية الشرطة 2020.

18. لكريني، إدريس. *إدارة الأزمات في عالم متغير: المفهوم والمقومات والوسائل والتحديات*. الأردن: المركز العلمي للدراسات السياسية، 2009.

19. هيكل، محمد أحمد الطيب. *مهارات إدارة الأزمات والكوارث والمواقف الصعبة*. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 2006.

ج. الدوريات:

1. البصير، عبد الهادي علي. "مقالة استعراضية: حول فيروس كورونا (سارس التاجي–2) المسبب لمرض كوفيد 19". *مجلة العلوم البحثية والتطبيقية* 19، ع.02، (2020): 120–126.
2. العيادي، المختار. "الحجر الصحي للمصابين بأمراض معدية في سياق مكافحة جائحة كورونا المستجد". *مجلة الباحث للدراسات والأبحاث القانونية والقضائية*، ع.18، (2020): 31–77.
3. الكامل، محمد أحمد نايف. "وباء الكوليرا حتى لا يصبح جائحة". *مجلة المركز الإقليمي لمكافحة الليشمانيا*، ع.05، (2017): 14–15.
4. المجالي، غيث طلال الفايز. "التداعيات السياسية والاقتصادية لجائحة فيروس كورونا المستجد على النظام السياسي والاقتصادي الدولي". *دفاتر السياسة والقانون* 13، ع.01، (2021): 01–17.
5. بشاري، سلمى. "تطوير الرقمنة في الجزائر كآلية لمرحلة ما بعد جائحة كورونا (كوفيد–19)". *Les Cahiers du Cread* 36، ع.03، (2020): 545–580.
6. بقاش، وليد والطاهر، بعلة. "حوكمة المستشفيات من منظور إدارة الأعمال". مجلة البحوث في العلوم المالية والمحاسبة 04، ع.05، (2019): 57–69.
7. بلخير، آسية. "الأمن الصحي العالمي: متطلبات الترشيد وضرورات الاستدامة". *مجلة العلوم السياسية والقانون*، ع.06، (2015): 241–262.
8. بلخير، آسية. "حوكمة إدارة المخاطر في منظمة الأمم المتحدة". *المجلة الجزائرية للأمن الانساني* 06، ع.05، (2021): 686–707.
9. بن مزاري، فريال. "فعالية الاتصال في إدارة الأزمات في المؤسسات: المنطلقات والأسس". *مجلة سوسيولوجيا* 03، ع.03، (2020): 246–263.
10. بوزانة، أيمن وحمدوش، وفاء. "التحول نحو استخدام تطبيقات الصحة الرقمية المستجدة كآلية لمواجهة فيروس كورونا (covid–19): عرض تجريبي دولتي الصين وكوريا الجنوبية'. *مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية* 17، ع.01، (2022): 171–197.
11. بن يحي، فطيمة. "وباء الكوليرا وتأثيراته على المجتمع الجزائري في الفترة الاستعمارية 1834–1867". *مجلة آفاق فكرية* 09، ع.02، (2021): 134–148.

12.بيزيد، يوسف وبلخير، أسية. "الصحة الإلكترونية في مواجهة الأوبئة الممتدة (أزمة كورونا نموذجا): محاكاة نماذج رائدة". *مجلة العلوم القانونية والسياسية* 12، ع.02، (2021): 186-205.

13.جبير، علي السعدي عبد الزهرة. "الأثار الاجتماعية لجائحة كورونا". *مجلة الحقوق والعلوم السياسية* 08، ع.01، (2021): 26-46.

14.حجاج، قاسم. "التدخل الإنساني للجيش الوطني الشعبي في مواجهة الكوارث الطبيعية". *دفاتر السياسة والقانون* 08، ع.14، (2016): 01-30.

15.خليل، خميس. "الأزمات الاقتصادية والمالية وآثارها على مسارات التنمية". *المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية* 03، ع.05، (2016): 121-132.

16.سعدي، فتيحة. "برنامج تكوين في مجال الأخطار البيولوجية خدم الأزمة الصحية". *مجلة الحماية*، ع.28، (2020): 08-09.

17.سلاطنية، ابتسام وغياظ، شريف. "الأثار الاقتصادية والاجتماعية لجائحة كورونا (كوفيد -19 المستجد) محليا، عربيا وعالميا". *مجلة المنهل الاقتصادي* 05، ع.01، (2022): 91-112.

18.شريف، صورية. "الإطار القانوني لإدارة الكوارث الطبيعية في الجزائر". *مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية والسياسية* 01، ع.09، (2018): 365-384.

19.شعبان، سهام وشعباني، مجيد. "بطاقة الأداء المتوازن الصحية كأهم أداة حديثة لتفعيل الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية". *مجلة دراسات وأبحاث* 12، ع.04، (2020): 481-495.

20.عابد، سعيد. "دور الحماية المدنية في إدارة الأزمات والكوراث في الجزائر". *مجلة دراسات حو الجزائر والعالم* 02، ع.07، (2017): 01-23.

21.مرتضي، عبد الرحيم محمد عبد الرحيم. "أحكام الحجر الصحي زمن الأوبئة". *مجلة كلية الدراسات الإسلامية والعربية للبنات بسوهاج* 26، ع.01، (2020): 935-1105.

22.زهران، عمر سناء محمد. "الوعي التخطيطي للقيادات الإدارية في مواجهة الكوارث والأزمات: دراسة مطبقة على وزارة النقل والموصلات". *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية* 50، ع.03، (2020): 927-964.

23.قربة، معمر وبودربالة، سارة حدة. "منهجية التعامل مع الأزمات: من تشخيص الداء إلى وصف الدواء". *مجلة دفاتر اقتصادية 09*، ع.01، (2018): 470-480.

24.قهواجي، أمينة. "دور القيادة الإدارية في إدارة الأزمات". *مجلة أبعاد اقتصادية* 05، ع.01، (2015): 298-330.

25.كحلوش، نبيل. "الدراسات المستقبلية ودورها في استشراف وإدارة الأزمات: الأزمة الوبائية لفيروس كورونا كوفيد 19 أنموذجا". *مجلة الأصالة للدراسات والبحوث* 03، ع.06، (2021): 125-167.

26.كلاش، خلود وبوحفص، سميحة. "بروز معالم الصحة الإلكترونية كآلية لمجابهة فيروس كورونا في الجزائر". *مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية* 17، ع.01، (2022): 336-360.

27.مذكور، مليكة. "الذكاء الاصطناعي ومستقبل التعليم عن بعد". *مجلة دراسات في التنمية والمجتمع* 06، ع.03، (2021): 131-144.

28.ناجي، عبد النور. "دور الجماعات الإقليمية في الجزائر في إدارة مخاطر الكوارث الصحية: فيروس كورونا كوفيد 19". *مجلة العلوم القانونية والسياسية* 11، ع.02، (2020): 402-423.

29.رنا، علي حيدر. "مفهوم الأزمات وطرق إدارتها". *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية* 39، ع.01، (2017): 133-146.

د. التقارير:

1. جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة. مركز المشروعات الدولية الخاصة (CIPE)، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، *مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات*، مصطفى حنتر. مصر،2014، https://bit.ly/3Bmrpxo.
2. مركز البحرين للدراسات الدولية والطاقة. *أزمة كورونا: التداعيات والآليات التي انتهجتها الدول لإدارة الأزمة*، أشرف كشك. البحرين، 2020.
3. منظمة الأمم المتحدة. وكالة الأونروا، *فيروس كورونا المستجد (covid-19)، دليل توعوي صحي شامل*، 05 مارس 2020.
4. منظمة التعاون الإسلامي. مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية، *الآثار الاجتماعية والاقتصادية لجائحة كوفيد -19 في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي: الآفاق والتحديات*، مزهر حسين وآخرون. أنقرة، 2020.

5. منظمة الصحة العالمية. *استراتجية كوفيد −19 المحدثة*، 14 أفريل 2020، https://bit.ly/3bLRVOr.

6. منظمة الصحة العالمية. *الاستراتجية العالمية بشأن الصحة الرقمية 2020−2025*، 2021، https://bit.ly/3DIQ2xq.

7. منظمة الصحة العالمية. تقرير من الامانة. *الاستجابة لمقتضيات الجوانب الخاصة بالصحة في الأزمات*، م ت 6/115، 25 نوفمبر 2004.

8. منظمة الصحة العالمية. *الاعتبارات المتعلقة بالحجر الصحي للأفراد في سياق احتواء مرض فيروس كورونا (كوفيد−19)*، 29 فيفري 2020، https://bit.ly/3Zepylc

9. منظمة الصحة العالمية. اللوائح الصحية الدولية 2005، ط.03، فرنسا: مكتبة منظمة الصحة العالمية، 2019.

10. وزارة البريد والمواصلات السلكية واللاسكية. مديرية الإحصاء الدراسات والاستشراف، تقرير التنمية لسوق الهاتف والأنترنت في الجزائر للسداسي الأول 2020، 2020، https://bit.ly/3BHDFiv

11. وزارة البريد والمواصلات السلكية واللاسلكية. مديرية الإحصاء الدراسات والاستشراف، تقرير المؤشرات الاقتصادية، 2018، https://bit.ly/3C8qY1P

12. وزارة البريد والمواصلات السلكية واللاسلكية. مديرية الإحصاء الدراسات والاستشراف، تقرير المؤشرات الدولية المتعلقة بقطاع البريد، جانفي 2021، https://bit.ly/3C5hkwL

هـ. المداخلات العلمية:

1. بلعابدي، عمار وعقون، عادل. "تبني مفهوم الحوكمة في تسيير النظام الصحي". ورقة مقدمة للملتقى الوطني حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجا"، جامعة 08 ماي 1945 قالمة، 10− 11 أفريل 2018.

2. جابة، علي وسرارمة، مريم. "إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات". ورقة مقدمة للملتقى الوطني حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر

بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجا"، جامعة 08 ماي 1945 قالمة، 10- 11 أفريل، 2018.

3. شهي، سامية وآخرون. "الذكاء الصناعي بين الواقع والمأمول". ورقة بحث قدمت في الملتقى الدولي حول الذكاء الاصطناعي: تحد جديد للقانون، الجزائر، 26-27 نوفمبر، 2018.

4. مزيرق، عاشور. "إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات". ورقة بحث قدمت في الملتقى الوطني حول إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة د.الطاهر مولاي سعيدة، 07-08 ديسمبر، 2010.

5. منصور، ممدوح. "الآثار السياسية لجائحة كورونا". ورقة بحث قدمت في ورشة عمل حول مستقبل العلوم السياسية في إطار جائحة كورونا، مركز الدراسات الاستراتيجية، الإسكندرية، 19 نوفمبر، 2020.

و. المذكرات والرسائل:

1. حدار، جمال. "الإدارة الموقفية وتطبيقها في الإدارة العمومية الجزائرية". أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013/2012.

2. روابح، عبد الرحمان. "أثر الأزمة المالية العالمية على حركة التجارة الخارجية للتكتل الاقتصادي الأوربي: دراسة قياسية للفترة 200-2014". أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2018/2017.

3. شعبان، سهام. "آليات حوكمة قطاع الصحة في الجزائر ودورها في تحسين الخدمة الصحية – دراسة ميدانية-". أطروحة دكتوراه، جامعة أمحمد بوقرة بومرداس، 2021/2020.

4. مباركية، منير. "صعود القوى العالمية في ظل الهيمنة الأمريكية – دراسة لحالات: اليابان والصين والهند – أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة 01، 2016.

5. نجاة، بحدادة. "تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية". مذكرة ماجستير، جامعة تلمسان، 2012.

6. وسطاني، عفاف. "أساليب اتخاذ القرارات لإدارة الأزمات المدرسية في ضوء مشروع المؤسسة: دراسة ميدانية بثانويات ولاية سطيف". أطروحة دكتوراه، جامعة سطيف 02، 2018/2017.

ز. المواقع الإلكترونية:

1. أزوتار، أحلام. "إدارة الأزمات". الموسوعة السياسية، تصفح في 30 جوان، 2021، https://bit/3RKzlvm.
2. إسلام، حسام الدين. "لقاح كورونا بالجزائر... رغبة بحياة طبيعية وتخوف من أعراض جانبية (تقرير)". وكالة أنباء الأناضول، تصفح في 18 أوت، 2022، https://bit.ly/3f0bSCq.
3. الحفيان، نورة. "السياسات الدولية وإدارة أزمة كورونا: تجارب وخبرات". تصفح في 12 أوت، 2022، https://bit.ly/3eyuqJG.
4. الربيزي، أحمد. "مناعة القطيع في مواجهة كورونا". المشهد العربي، تصفح في 14 أوت، 2022، https://bit.ly/3BwdoVO.
5. الزويري، جهاد. "لقاح كورونا الجيني الموعود بين الحقائق والأوهام". الجزيرة نت، تصفح في 16 أوت، 2022، https://bit.ly/3LcjE8c.
6. المرابط، عمر. "لقاح كورونا والصراع الجيوسياسي العالمي". العربي الجديد، تصفح في 11 اوت، 2022، https://bit.ly/3etrVbo.
7. بورنان، يونس. "الجزائر... استنفار صحي بعد وفاة 10 أشخاص بوباء الحصبة". بوابة العين الإخبارية، تصفح في 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3aVYEF7.
8. بيراتو، ليلى. "الجزائر: وباء الكوليرا... والآفات الأخرى". أوريان 21، تصفح في 16 ماي، 2022، http://bit.ly/3J93xHr.
9. ذهبي، حكيمة. "عطلة المسؤولين تسهم في الانتشار السريع ل "الكوليرا". المحور اليومي، تصفح في 17 ماي، 2022، https://bit.ly/3J7JhG2.
10. ركاب، منير. "الجزائر الأخيرة عالميا في مجال سرعة الانترنت". الشروق أون لاين، تصفح في 25 أوت، 2022، https://bit.ly/3C02UNt.
11. سليماني، وهيبة. "الجزائر في ذيل ترتيب الدول من حيث سرعة الانترنت !". الشروق أونلاين، تصفح في 25 أوت، 2022، https://bit.ly/3LDXYSE.
12. ضو، جمال. "ما بعد كورونا أخطر من الجائحة ذاتها... الجزائر نموذجا". عربي 21، تصفح بتاريخ 15 أوت، 2022، https://bit.ly/3QKrsPE.

13. عبد العزيز، أشرف نسيم. "إدارة الأزمات الأمنية". تصفح في 12 جويلية، 2021، https://bit.ly/3Rpgcse.

14. هدير، عبد العظيم. "كيف هزمت الصين كورونا حتى الان؟ ... دروس من بلد التفشي". الجزيرة نت، تصفح في 12 أوت، 2022، https://bit.ly/3x8s8HC.

15. عويمر، إيمان. "الامتناع عن التلقيح في الجزائر يضاعف المخاوف من موجة رابعة لكورونا". اندبندت عربية، تصفح في 18 أوت، 2022، https://bit.ly/3SblirV.

16. قباجة، علي. "الحصانة القانونية للقاحات 'كورونا' ... حماية للشركات أم خفض للإصابات؟". الخليج، تصفح في 16 أوت، 2022، https://bit.ly/3QWar5n.

17. لحياني، عثمان. "وفاة 11 شخصا بسبب وباء الحصبة جنوبي الجزائر". العربي الجديد، تصفح في 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3znu947.

18. لحياني، عثمان. "تفشي الحصبة يفتك بالفقراء في محافظات جنوب الجزائر". العربي الجديد، تصفخ في 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3B8xlwj.

19. محفوف، نسرين. "إطلاق أول نموذج تجريبي لمستشفى رقمي في الجزائر". النهار أون لاين، تصفح في 19 أوت،2022، https://bit.ly/3Smef0K.

20. محمود، صدفة محمد. "توظيف القوى الكبرى الدبلوماسية اللقاح ... الدوافع وحدود الفاعلية". تريندز للبحوث والاستشارات، تصفح في 11 اوت، 2022، https://bit.ly/3etrVbo.

21. هلالي، حليمة. "الشروع في صب منحة مليون سنتيم للعائلات المحتاجة". البلاد، تصفح في 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3RPvdVp.

22. "تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والصحة الرقمية". الاتحاد الدولي للاتصالات، تصفح في 26 أوت، 2020، https://bit.ly/3C1KcGm.

23. "ماهو النظام الصحي؟". منظمة الصحة العالمية، تصفح في 12 مارس، 2021، https://bit.ly/3Rpgcse.

24. "مصلحة الوقاية على مستوى مديريات الصحة". فضاء التسيير الاستشفائي، تصفح في 17 نوفمبر، 2021، https://bit.ly/3xWZ0DC.

25. "نحو مراجعة عمل المندوبية الوطنية للمخاطر الكبرى". وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح في تاريخ 15 ديسمبر، 2021، https://bit.ly/3RjNngT.

26. "أكبر شركات الأدوية في العالم". أرقام، تصفح في 18 فيفري، 2022، https://bit.ly/3AWanhm.

27. "مع بداية أسبوع التمنيع العالمي: منظمتا الصحة واليونسيف تحذران من أثر تعطيل عمليات التطعيم العالمية على صحة الأطفال". أخبار الأمم المتحدة، تصفح في 01 مارس، 2022، https://bit.ly/3cINBWb.

28. "نبذة تاريخية". الحماية المدنية، تصفح في 06 أفريل، 2022، https://bit.ly/3xZTQa1.

29. "الحماية المدنية: تعاون على جميع الأصعدة". السفارة الفرنسية في الجزائر، تصفح في 08 أفريل، 2022، https://bit.ly/3rdbJhV.

30. "تدشين أول برنامج افتراضي في الجزائر لإدارة الأزمات والكوراث". السفارة الفرنسية في الجزائر، تصفح في 08 أفريل، 2022، https://bit.ly/3CjGvf2.

31. "صحة: تنصيب الأعضاء الجدد للجنة المشتركة بين القطاعات المكلفة بالوقاية ومكافحة الأخطار الصحية". وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح في 10 أفريل، 2022، https://bit.ly/3RjNngT.

32. "الارتياب من اللقاحات وربطها بنظريات المؤامرة قصة طويلة عمرها أكثر من مئتي عام". فرانس 24، تصفح في 12 ماي، 2022، https://bit.ly/3aLzLf5.

33. "لقاح إنفلونزا الخنازير والنوم المفرط"، الجزيرة نت، تصفح في 12 ماي، 2022، https://bit.ly/3OoEKt.

34. "سؤال وجواب: مناعة القطيع وتدابير الإغلاق الشامل وكوفي–19". منظمة الصحة العالمية، تصفح في 13 ماي، 2022، https://bit.ly/3oCWCgt.

35. "بوحمرون: إحصاء أكثر من 2300 حالة عبر 13 ولاية مع تسجيل 05 وفيات". وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح في 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3BcUUtt.

36. "وزارة الصحة: تم اتخاذ كل التدابير الضرورية للسيطرة على حالات الاصابة بداء الحصبة". وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح في 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3LnKtqd.

37. "إطلاق حملة تلقيح وطنية ضد الحصبة الألمانية ابتداءا من يوم 06 مارس". النهار أون لاين، تصفح في 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3PENhQo.

38. "الاولياء متخوفون ووزارة الصحة تطمئن: حملة تلقيح الثلاميذ ضد الحصبة تثير الهلع بالمدارس!". الشروق أون لاين، تفح في 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3RQKHsD.

39. "الحصبة بقسنطينة: تلقيح وتطعيم مكثف ضد انتشار هذا المرض". الأنباء الجزائرية، تصفح في 14 ماي، 2022، https://bit.ly/3B8xlwj.

40. "الكوليرا". منظمة الصحة العالمية، تفح بتاريخ 16 ماي، 2022، https://bit.ly/3PuOmut.

41. "الكوليرا تعود إلى الجزائر فتلهب مواقع التواصل". DW، تصفح في 16 ماي، 2022، https://bit.ly/3OwzFpr.

42. "بوحمرون يقتل طفلين... والكوليرا يضرب 04 ولايات". النهار، تصفح في 17 ماي، 2022، https://bit.ly/3vjHNmu.

43. "وزارة الصحة تعلن أن الوضع متحكم فيه: تسجيل حالة وفاة وعشرات الاصابات بالكوليرا". النصر، تصفح في 17 ماي، 2022، https://bit.ly/3OEdwpo.

44. "الجزائر تعلن عن أول وفاة من الكولير". سكاي نيوز عربية، تصفح في 17ماي، 2022، https://bit.ly/3zgrDva.

45. "وباء الكوليرا في الجزائر مجددا بعد عقود". DW، تصفح في 17 ماي، 2022، https://bit.ly/3PZQNF9.

46. "الولايات المتحدة: المتحورة دلتا ترفع عدد الاصابات بفيروس كورونا لأعلى مستوى منذ شهور". فرانس 24، تصفح في 20 ماي، 2022، https://bit.ly/3SkjxL7 .

47. "التسلسل الزمني لاستجابة منظمة الصحة العالمية لجائحة كوفيج-19. منظمة الصحة العالمية، تصفح في 20 ماي، 2022، https://bit.ly/3vFjq2R.

48. "فك اللغز... كيف يحطم كورونا النظام الصحي ويرمي المرضى في الشوارع؟". الجزيرة نت، تصفح في 20 ماي، 2022، https://bit.ly/3Snur2C.

49. "مرض فيروس كورونا (كوفي-19): اللقاحات". منظمة الصحة العالمية، تصفح في 10 أوت، 2022، https://bit.ly/3CGFA9s .

50. "تعرف على أسعار لقاحات كورونا لأقرب 06 منتجين". العربية نت، تصفح في 10 أوت، 2022، https://bit.ly/3Q4fWhz.

51. "رغم ارتفاع الاصابات .. سعر صادم للقاح من شركة هندية !". العربية نت، تصفح في 10 أوت، 2022، https://bit.ly/3Bhl4d5.

52. "ما يلزمك معرفته بشأن لقاحات كوفيد-19". اليونسيف، تصفح في 10 أوت، 2022، https://bit.ly/3AKklfZ.

53. "تحليل: توظيف "دبلوماسية اللقاح" يدعم النفوذ العالمي لروسيا والصين". مركز المستقبل للأبحاث والدراسات المتقدمة، تصفح في 11أوت، 2022، https://bit.ly/3Bj8nQ1.

54. "استعراض حصاد عام 2020: تأثير فيروس كوروناالمستجد في 12 شكلا بيانيا". البنك الدولي، تصفح في 11أوت، 2022، https://bit.lyL3QIQJzr.

55. "فيروس كورونا: ألمانيا تغلق معابرها الحدودية للحد من تفشي السلالات الجديدة وسط انتقادات أوربية". فرانس 24، تصفح في 12 أوت، 2022، https://bit.ly/3Btaj8X.

56. "ألمانيا تدخل في إغلاق جزئي قبل عيد الميلاد لكبح انتشار كورونا". فرانس 24، تصفح في 12 أوت، 2022، https://bit.ly/3BpojAu.

57. "تقرير: الحكومة الألمانية تدرس العودة لفرض ارتداء الكمامات". DW، تصفح في 12 أوت، 2022، https://bit.ly/3qlqkr7.

58. "دراستان تحسمان جدل منشأ جائحة كورونا... المكان والزمان". العين الاخبارية، تصفح في 15 أوت، 2022، https://bit.ly/3L67y0r.

59. "فيروس كورونا: وزير الصحة يعاين نظام المراقبة بمطار هواري بومدين ومستشفى القطار". وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح في 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3qCNGsp.

60. "فيروس كورونا: الرئيس تبون يأمر بإغلاق المدارس والجامعات ومؤسسات التكوين والتعليم المهنيين". وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح في 17 أوت، 2022،https://bit.ly/3xrwrxY .

61. "رئيس الجمهورية يترأس جلسة عمل لتقييم إجراءات التصدي بفعالية لوباء كورونا... ويوجه مساء اليوم خطابا إلى الأمة". الإذاعة الجزائرية، تصفح في 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3LgXykU.

62. كورونا: رئيس الجمهورية يأمر بإعادة المسافرين الجزائريين العالقين في المطارات الأجنبية". وزارة الاتصال، تصفح في 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3DrFVNr.

63. "النص الكامل لخطاب رئيس الجمهورية الموجه للأمة". وكالة الانباء الجزائرية، تصفح في 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3BbKOY4.

64. "كورونا: المنحة الاستثنائية لمستخدمي الصحة دفعت كليا تقريبا". وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح في 17 أوت، 2022، https://bit.ly:3xuwqcs.

65. "كوفيد–19: الجزائر تعتمد بروتوكول العلاج الكلوروكين". وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح في 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3BqeKQi.

66. "كورونا فيروس: الإعلان عن تشكيل لجنة رصد ومتابعة موسعة". وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح في 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3dj3sFq.

67. "النص الكامل لبيان الاجتماع الدوري لمجلس الوزراء (الأحد 22مارس 2020)". الإذاعة الجزائرية، تصفح في 17 أوت، 2022، https://bit.ly/3Bp6u3h.

68. "فيروس كورونا المستجد (كوفيد–19) بالجزائر واستراتجية التلقيح". مجلس الأمة، تصفح في 18 اوت، 2022، https://bit.ly/3UkQLux.

69. "سنة 2021: الجزائر تطلق إنتاجها لكورونافاك من قسنطينة". وكالة الانباء الجزائرية، تصفح في 18 أوت، 2022، https://bit.ly/3eYo46z.

70. "إطلاق مشروع المستشفى الرقمي". اليوم، تصفح في 19 أوت، 2022، https://bit.ly/3rbLzM9.

71. "وزارة الصحة تضع تطبيقا على الهواتف النقالة يحدد أماكن تواجد الصيدليات والمستشفيات". وكالة الأنباء الجزائرية، تصفح في 19 أوت، 2022، https://bit.ly/3r5Mez2.

72. "التلقيح". احصائيات مؤسسة غوغل، نقلا عن بيانات البنك الدولي، تصفح في 06 سبتمبر، 2022، https://bit.ly/3Bhl4d5.

ثانيا: المراجع باللغة الإنجليزية

أ. الكتب:

1. Coombs, Timothy. *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing, and Responding*. California: SAGE Publications Inc, 2019.

2. Devlin, Edward S. *Crisis Management Planning and Execution*. New York, Auerbach Publications: 2007.

3. Fink, Steven. *Crisis Management: Planning for the Inevitable*. New York, American Management Association: 1986.

4. Gigliotti, Richard and Jason, Ronald. *Emergency Planning for Maximum Protection*. Boston: Butterworth – Heinemann, 1991.

5. Leighton, Nick and Shelton, Tony. “Proactive crisis communication planning”. *in Crisis communication: practical public relations strategies for reputation management and company survival*. ed. Peter Frans Anthonissen, 24-43. London: Kogan Page, 2008.

6. Muller, Robert. “Hospital Management and Disaster Planning”. *in Crisis Management and Emergency Planning Preparing for Today’s Challenges*. ed. Michael J. Fagel, 105-128. Florida: CRC Press, 2014.

7. Rutherford, Donald. *Rutledge Dictionary of Economics*, 2nd Edition. London: Rutledge, 2002.

ب. الدوريات:

1. Abbasi, Kamran. “Covid-19: politicisation, “corruption,” and suppression of science”. *British Medical Journal (bmj)*, no.371, (2020): 01-02.

2. Aldis, William. “Health security as a public health concept: a critical analysis”. *Health Policy and Planning* 23, no. 06, (2008): 369-375.

3. Cetron, Martin and Landwirth, Julius. “Public Health and Ethical Considerations in Planning for Quarantine”. *Yale Journal of Biology and Medicine*, no.78, (2005): 329-334.

4. Gil, Amandeep Singh and others. “The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world”. *The Lancet* 398, no.10312, (2021): 1727-1776.

5. González, Alfonso Herrero and B. Pratt, Cornelius. “An Integrated Symmetrical Model for Crisis Communications Management”. *Journal of Public Relations Research* 8, no. 2, (1996): 97-105.

6. Gundel, Stephan. “Towards a New Typology of Crises”. *Journal of Contingencies &Crisis Management*13, no. 3, (2005): 106-115.

7. J.Burnett, John. “A Strategic Approach to Managing Crises”. *Public Relations Review24*, no. 5, (1998): 475-488.

8. Jaques, Tony. “Issue management and crisis management: An integrated, non-linear, relational construct”. *Public Relations Review* 33, no. 2(2007): 147-157.

9. Joffe, Ari. “COVID-19: Rethinking the Lockdown Groupthink”. *Frontiers in Public Health* 09, no.625778, (2012): 625778-625778.

10. Kahn, Jeffrey S. and McIntosh, Kenneth. “History and Recent Advances in Coronavirus Discovery”. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 24, no.11, (2005): 223-227.

11. Lalchhandama, Kholhring. “The chronicles of coronaviruses: the bronchitis, the hepatitis and the common cold”. *Science Vision* 20, no.01, (2020): 43-53.

12.M. Bentley, Joshua and others. “We’re sorry but it’s not our fault: Organizational apologies inambiguous crisis situations”. *Contingencies and Crisis Management* 26, no.01, (2017): 138-149.

13. Magee, Andrew and others. “The molecular epidemiology of multiple zoonotic origins of SARS-CoV-2”. *Science* 377, no.6609, (2022): 960-966.

14. Muller, Rainer. “Corporate Crisis Management”. *Long Range Planning*18, no. 5, (1985): 38-48.

15. Panos, Efstathiou and others. “Crisis Management in the Health Sector: Qualities and characteristics of health crisis managers”. *International Journal of Caring Sciences* 02, no.03 (2009): 105-107.

16. Pearson, Christine and Mitroff, Ian. “Crisis Prone to Crisis Prepared: A Framework for Crisis Management”. *Academy of Management* 07, no. 1(1993): 48-59.

17. Phelps, Norman L. “Setting Up A Crisis Recovery Plan”. *Journal of Business Strategy* 06, no. 4, (1986): 5-10.

18. Rambaut, Andrew and others. “The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic”. *Science* 377, no.6609, (2022): 951-959.

19. Remmel, Ariana. “Covid Vaccines and Safety: What the Research Says”. *Nature* 590, (2021): 538-540.

20. Robert, S. Billings and others. “A Model of Crisis Perception: A Theoretical and Empirical Analysis”. *Administrative Science Quarterly* 25, no. 2, (1980): 300-316.

21. Rushton, Simon. “Global Health Security: Security for Whom? Security for What”. *Political Studies* 59, no. 04 (2011) : 779-796.

22. Sparke, Matthew and Levy, Orly. “Competing Responses to Global Inequalities in Access to COVID Vaccines: Vaccine Diplomacy and Vaccine Charity Versus Vaccine Liberty”. *Clinical Infectious Diseases* 75, no.01, (2022): 86-92.

23. Svenson, Pall. “Stability, Crisis and Breakdown: Some Notes on the Concept of Crisis in Political Analysis”. *Scandinavian Political Studies*9, no. 2, (1986): 129-139.

24. Vargo, John and Seville, Erica. “Crisis strategic planning for SMES: finding the silver lining”. *International Journal of Production Research* 49, no. 18(2011): 5619-5635.

ج. الملتقيات:

1. M. Salem, Abdel-Badeeh and others. “The Role of Artificial Intelligence Technologies in Crisis Response”. A research paper was presented at 14th International Conference on soft computing that took, Brno, Czech Republic, June 18-20, 2008.

د. التقارير:

1. Centers for Disease Control and Prevention. *nterim Pre-pandemic Planning Guidance: Community Strategy for Pandemic Influenza Mitigation in the United States*, CS108488, February 2007.
2. Legatum Institute. *The Legatum Prosperity IndexTM 2021 A tool for transformation*, 2021, https://bit.ly/3OX7hgy.
3. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *OECD Risk Management: Strategic Crisis Management*, Charles Baubion. Geneva, 2012.
4. WHO, Regional Office for Europe, *Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management*, (2012), file:///C:/Users/pc/Downloads/Full%20Report2.pdf.
5. World Health Organization. *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 2020.

هـ. المواقع الالكترونية:

1. Coombs, Timothy. “Crisis Management and Communications”. Institute for Public Relations, accessed in 02 September, 2020, https://bit.ly/2AWrSRk.
2. Marker, Andy. “Models and Theories to Improve Crisis Management”. smartsheet, accessed in 24 July, 2021, https://bit.ly/3BTlVRj.
3. Meng, Max. “Issue Life Cycle clarifies difference between “issues management” and “crisis management”. Alexander Public Strategies, accessed in 12 July, 2021, https://bit.ly/3LRXvfy.
4. Neisloss, Susan. “Managing Your Hospital's Reputation Putting together a team and a plan, before a crisis occurs, can help to minimize the damage”. Hospitals & Health Networks, accessed in 12 June, 2021, https://bit.ly/3RnsYYl.

5. Olalla Peralta, Patricia Santa. “Health crisis management: Preparedness and response”. Coordinating Center for Health Alerts and Emergencies (CCAES), accessed in 15 July, 2021, https://bit.ly/3CjkCNf, 02.

6. “Algeria Median Speeds August 2022”. Speed test, accessed in 25 August, 2022, https://bit.ly/3fe2efs.

7. “Algeria Situation”. WHO, accessed in 17 September, 2022, https://bit.ly/3RRT0nL.

8. “Algeria-2018”. WHO, accessed in 17 May, 2022 https://bit.ly/3vfAV9X.

9. “Algeria-2018”. WHO, accessed in 17 May, 2022, https://bit.ly/3vfAV9.

10. “Coronavirus (COVID-19) Vaccinations”. Our World in Data, accessed in 06 September, 2022, https://bit.ly/3eqOgqm.

11. “Coronavirus (COVID-19) Vaccinations”. Our World in Data, accessed in 06 September, 2022, https://bit.ly/3eqOgqm.

12. “Coronavirus (COVID-19) Vaccinations”. Our World in Data, accessed in: 17 September, 2022, https://bit.ly/3S1MY44.

13. **“**Covid-19 is now in 50 countries, and things will get worse but there are proven ways to limit the damage”. The Economist, accessed in 10 August, 2022, https://econ.st/3SOpdNu.

14. “Effective Health System Governance for Universal Health Coverage UHC”. WHO, accessed in 27 August, 2022, https://bit.ly/3dKz5bq.

15. “Flattening the Coronavirus Curve”. The New York Times, accessed in 10 August, 2022, https://nyti.ms/3AhYY9Y.

16. “Measles reported cases and incidence”. WHO, accessed in 12May,2022,https://bit.ly/3uXK32A.

17. “Measles vaccination coverage”. WHO, accessed in 13 May, 2022,https://bit.ly/3coJvfH.

18. “Measles”. NHS, accessed in 17 February, 2022, https://bit.ly/3PdKjTq.

19. “MMR-vaccines-prices”. UNICEF, accessed in 12 May, 2022, https://uni.cf/3PgVxX4.

20. “Number of reported cases of cholera”. WHO, accessed in 17 May,2022,https://bit.ly/3PC5kHr.

21. “Progress Toward Regional Measles Elimination — Worldwide, 2000–2020”. Centers for Disease Control and Prevention, accessed in 17 February, 2022, https://bit.ly/3ASEOF9.

22. “Weekly Epidemiological Record (WER)”. Relief Web, accessedin17May,2022,https://bit.ly/3cGfEzr.

23. **“**WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard”. WHO, accessed in 02 August, 2022, https://bit.ly/3zqTwRB.

▪ المراجع باللغة الفرنسية

أ. المجلات:

1. Salamate, Fatima Ezzahra. “La gestion de crise entre approche processuelle et évènementielle: La crise sanitaire au Maroc Covid 19 comme évènement”. *Revue Internationale des Sciences de Gestion* 3, no. 03 (2020) : 333-347.

2. Ait-Mohand, Ali. “La Déclaration Obligatoire de Certaines Maladies Infectieuses en Algérie”. *Journal Algérien de Médecine* 28, no.02, (2020) :01-04.

ب. التقارير:

1. Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Pays-Algérie, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière. *Plan National de Préparation D’alerte et de Riposte en Cas de Menaces Sanitaires a Potentiel Epidémique et D’urgence de Sante Publique de Portée Internationale*, Par Smail Mesbah et autres. Alger, 2014, https://bit.ly/3riDSUJ.

2. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière. Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé. *Guide Pratique de Mise en œuvre du Nouveau Calendrier National de Vaccination*, 2016, https://bit.ly/3zgJSCa.

3. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière. Institut National de Santé Publique (INSP). Département de Protection et de Promotion de la santé. Service du Programme élargi de Vaccination, *Rapport D’analyse de la Couverture Vaccinale Systématique de Routine – Algérie - Annuel 2019*, Kheddache Rachid. 14 avril 2021, https://bit.ly/3PGPpre.

ج. المواقع الالكترونية:

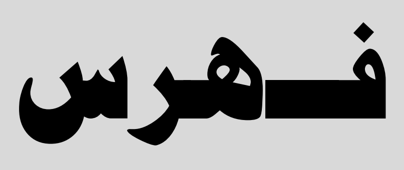
1. Bekkat, Reda. “Pourquoi le choléra est de retour en Algérie”, Courrier International. consulté le 17 Mai, 2022, https://bit.ly/3vjabVY.

2. Haidar, Sarah. “L’épidémie de rougeole en Algérie: le symptôme de trop d’une politique sanitaire en faillite”. Middle East Eye, consulté le 15 Mai, 2022, https://bit.ly/3Ot2vqS.

3. Ould-Kada, Med. “Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements Publics de Santé”. Arrete n° 179/MS/CAB du 17 Novembre 1990 Fixant la Liste des Maladies A Déclaration Obligatoire et

Les Modalites de Notification. Santé Maghreb, consulté le : 05 Février, 2022, https://bit.ly/3ts4FyN.

4. Pillou, Jean-François. “Crise sanitaire – Définition”. Le Journal Des Femmes Santé, consulté le 05 Octobre, 2019, https://bit.ly/3RiHW1B.
5. “ La Gestion des Crises Sanitaires”. Vuibert, consulté le 24 Juillet, 2021, https://bit.ly/3RkAhQo, 05.
6. “INSP”. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, consulté le 10 Décembre, 2020, https://bit.ly/3UKDPOR.
7. “Statuts et Missions sur le Plan Juridique”. Institut National de Santé Publique, consulté le 15 Décembre, 2020, https://bit.ly/3SpEUKs.
8. “IPA”. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, consulté le 10 Décembre, 2020, https://bit.ly/3UOyjdY.
9. “Les Missions de l'Institut Pasteur d'Algérie”. Institut Pasteur d'Algérie, consulté le 10 Décembre, 2020, https://bit.ly/3LT88Pe.
10. “Qu'est-ce que la prévention santé ?”. Previssima, consulté le : 05 Février, 2022, https://bit.ly/3ChbvMJ.
11. “La Rougeole”. Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, consulté le 17 Février, 2022, https://bit.ly/3uTw7Xv.
12. “Rougeole: plus de 10.000 cas enregistrés à travers le pays depuis début 2019”. Algérie Presse Service, consulté le 15 Mai, 2022, https://bit.ly/3vacw5t.
13. “Informations choléra”. Institut Pasteur, consulté le 17 Mai, 2022, https://bit.ly/3zArPXK.
14. “La vaccination en Algérie: enjeux actuels”. sante Maghreb, consulté le 13 Mai, 2022, https://bit.ly/3On7HMT.
15. “Informations choléra”. Institut Pasteur, consulté le 17 Mai, 2022, https://bit.ly/3zArPXK.



فهرس

أولا: الجداول

ثانيا: الأشكال